

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1970

N° 10

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

BERTRAND Gérard

Interne des Hôpitaux

né le 7 Août 1944 au MANS (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le

Anévrysmes disséquants primitifs
des artères périphériques

Président : Monsieur le Professeur SIMARD

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1970

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

BERTRAND Gérard

Interne des Hôpitaux

né le 7 Août 1944 au MANS (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le

Anévrysmes disséquants primitifs
des artères périphériques

Président : Monsieur le Professeur SIMARD

ÉCOLE NATIONALE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE



PRÉSENTÉE PAR

M. J. VAN DER WOUDE

DE N. 7 1880 21 1880 21 1880 21

Présentée à la Faculté de Médecine de Leiden

ANALYSE DES ÉLÉMENTS
DES MÉTIERS MÉDICAUX

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE d' ANGERS

DOYEN HONORAIRE DE LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET
DE PHARMACIE d' ANGERS : M. R. ROUCHY

Professeurs Honoraires de l'Ecole Nationale :

MM. DAVID, ROUSSEAU, AMSLER.

Le Président du Conseil Transitoire : M. JC. RENIER

Assesseur : M. H. GERMAIN

I - PROFESSEURS

MM. COTTIN	Chimie Générale
DELAITRE	Clinique Médicale Infantile
DESJOBERT	Pharmacie Chimique et Toxicologie
FRESSINAUD	Clinique Médicale B
GERMAIN	Botanique et Cryptogamie
GOYER	Clinique Chirurgicale B
GUERIN	Biophysique Médicale
GUNTZ	Anatomie
HERISSET	Matière Médicale
HERMANN	Clinique Ophtalmologique
JOLIVET	Chimie Analytique
LAFARGUE	Pharmacie Galénique
MARTIN	Pathologie Chirurgicale
MENARD	Hygiène et Médecine Sociale
NAULLEAU	Clinique Chirurgicale A
OURY	Clinique Pneumo-Phtisiologique
PERREAU	Clinique Médicale A
RENIER	Clinique Rhumatologique
ROUCHY	Clinique Obstétricale et Gynécologique
SIMARD	Anatomie Pathologique.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545913_0002

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE.

M.M.	HOCQUET	Parasitologie (M.C.A.)
	PARSY	O. R. L.
	PERTUS	Urologie
	ROGNON	Chirurgie Générale

III - A G R E G E S

M.M.	GODLEWSKI	Neurologie et Psychiatrie
	TESTARD	Pédiatrie
	THUAU	Pathologie Médicale

IV - MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M.M.	AUGEREAU	Pharmacodynamie
	BAILLY	Physique
Mme	CAVELLAT	Anesthésiologie
M.M.	CARON	Electroradiologie
	COULLAUD	Physiologie
	FRESNEAU	Médecine Générale et Thérapeutique
	JOUBAUD	Médecine Générale et Expérimentale
	PILLET	Anatomie
	PILLOT	Bactériologie
	PLANE	Chirurgie Générale
Melles	PRELOT	Zoologie
	QUERO	Microbiologie
M.	TADEI	Thérapeutique

Secrétaire de la Faculté Mr R. MAILLEUX

Conservateur de la Bibliothèque de l'Université Mme GALKOWSKI

Par délibération en date du 28 Janvier 1966, la
Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
ni improbation.

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur SIMARD

Professeur d'Anatomie Pathologique

Biologiste des Hôpitaux

Qui nous a accueilli avec bienveillance dans son laboratoire, où il nous initie quotidiennement à l'anatomie-pathologique.

Il nous a fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre attachement, de notre profond respect et de notre gratitude.

A N O S J U G E S

Le Professeur FRESSINAUD-MASDEFEIX

Professeur de Clinique Médicale

Médecin des Hôpitaux

Nous avons été son externe, puis son interne. Nous lui exprimons notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a prodigué et pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé.

Le Professeur GUNTZ

Professeur d'Anatomie

Chirurgien des Hôpitaux

qui nous a toujours accueilli avec bienveillance.

Qu'il soit assuré de notre respectueuse admiration.

Le Professeur PERREAU

Professeur de Clinique Médicale

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d' Honneur

Dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A Nos MAITRES dans l'Externat :

- Monsieur le Professeur FRESSINAUD-MASDEFEIX
- Monsieur le Professeur PERREAU

A Nos MAITRES dans l'Internat :

- Monsieur le Professeur FRESSINAUD-MASDEFEIX
- Monsieur le Professeur Agrégé HY
- Monsieur le Professeur SIMARD

A ma Femme

A mes Enfants

A mes Parents

et à toute ma famille

A mes Beaux-Parents

et à toute ma Belle-famille

A mes Collègues de l'Internat d' ANGERS.

P L A N

- INTRODUCTION et LIMITE DU SUJET
- RAPPEL HISTOLOGIQUE
- MATERIEL et METHODE
- OBSERVATION PERSONNELLE
- REVUE de la LITTERATURE :
 - . Anévrismes disséquants des artères ABDOMINALES
 - . Anévrismes disséquants des artères RENALES
 - . Anévrismes disséquants des artères CORONAIRES
 - . Anévrismes disséquants des artères PULMONAIRES
 - . Anévrismes disséquants des artères CAROTIDES et VERTEBRALES
EXT. ACraniennes
 - . Anévrismes disséquants des artères INTRACRANIENNES
 - . Anévrismes disséquants des autres artères périphériques
- HISTORIQUE
- DEFINITIONS
- DONNEES ETIOLOGIQUES
- ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES
- EVOLUTION et CONSEQUENCES des ANEVRYSMES DISSEQUANTS
- ANATOMIE PATHOLOGIQUE
- SYNTHESE CLINIQUE
- DONNEES EXPERIMENTALES et HYPOTHESES PATHOGENIQUES
- CONCLUSIONS
- BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

et

LIMITE du SUJET

Si les anévrysmes disséquants de l'aorte ont fait l'objet de nombreux rapports individuels et de fréquentes études générales, à l'inverse les Anevrysmes disséquants des artères périphériques ont été jusqu'alors relativement peu étudiés, tout au moins dans la littérature médicale française.

Ayant eu l'occasion d'observer une localisation assez rare de dissection de l'artère hépatique, il nous a paru intéressant à ce propos d'entreprendre une revue générale aussi complète que possible des observations jusqu'à présent rapportées, d'anevrysmes disséquants des artères périphériques, en en considérant les aspects tant cliniques qu'anatomo-pathologiques.

Le vocable d'artères périphériques peut se passer de longs commentaires : il concerne à l'évidence toutes les artères de l'organisme nommément désignées par les anatomistes, autres que l'aorte, c'est-à-dire les artères viscérales, les artères des membres et les artères pulmonaires.

Quant au qualificatif de " primitif " , il signifie que nous limiterons cette étude aux Anevrysmes disséquants prenant naissance au niveau même de cette artère, éliminant donc l'extension à ces Vaisseaux d'une dissection aortique.

Les Anévrysmes disséquants des artères périphériques sont relativement rares, mais moins qu'il n'y paraît de prime abord, puisqu'une revue de la littérature nous a permis d'en recueillir 132 observations qui seront analysées au cours de ce travail.

RAPPEL HISTOLOGIQUE

La structure histologique classique des Artères est trop connue pour que nous la retranscrivions. Nous rappellerons seulement la classification Histologique des différentes artères, d'après DUBREUIL qui individualisa :

- des Artères de type élastique, qui se reconnaissent à la prédominance du tissu élastique lamelleux qui constitue toute la media.

Répondent à cette description : l'Aorte

- : les artères pulmonaires
- : le tronc brachio-céphalique et les sous-clavières pré-scaléniques
- : les carotides primitives
- : et les mammaires internes

- Les Artères de transitions, qui sont intermédiaires entre les artères élastiques et musculaires. Les modifications de Structure, qui visent surtout la media, se réalisent suivant 3 modes :

.. par transformation progressive

- : Iliaque primitive
- : sous-clavière extra-scalénique
- : Axillaire

.. par substitution lente : Carotide externe

.. par substitution brusque : tronc coeliaque.

- les Artères de type musculaire, caractérisées par l'existence

d'une couche musculaire dense et forte qui constitue presque toute la media. Toutes les artères, autres que celles signalées plus haut, nommément décrites par les anatomistes, sont de ce type.

MATERIEL et METHODE

A l'occasion d'une observation anatomo clinique recueillie dans le Service de Clinique Médicale A (Pr. PERREAU) et le laboratoire central d'Anatomie Pathologique (Pr. SIMARD) nous avons repris les observations précédemment rapportées d'anevrysmes disséquants primitifs des Artères périphériques.

Nous avons ainsi pu recueillir, résumer et classer : 132 observations. Ce chiffre est légèrement inférieur à la totalité des cas publiés car un petit nombre de références citées dans la Bibliographie n'ont malheureusement pu être consultées.

Ces 132 observations sont classées arbitrairement par ordre de fréquence.

On ne sera pas surpris de voir collationnés plus de cas artériels que d'observations rapportées : ceci s'explique par l'existence, dans certaines observations, de plusieurs localisations simultanées.

Les observations recueillies se répartissent de la façon suivante :

- Anevrysmes disséquants des Artères Abdominales (Artères rénales
exceptées) 23 observations

. Artère splénique	7 cas
. Artère Mésentérique Supérieure	7
. Artère hépatique	6
. Coronaire stomachique	2
. Tronc coeliaque	1
. Artère Mésentérique inférieure	1
. Artère gastro-duodénale	1

- Anevrysmes disséquants primitifs des Artères Rénales : 32 observations

. Artère Rénale droite ^{et} /ou ses branches . . .	18 cas
. Artère Rénale gauche ^{et} /ou ses branches . . .	6
. Lésion simultanée des 2 artères rénales . . .	5
. Imprécis	2

- Anevrysmes disséquants primitifs des Artères coronaires : 23 cas

. Coronaire droite ^{et} /ou ses branches	4 cas
. Coronaire gauche ^{et} /ou ses branches	19

- Anevrysmes disséquants des Artères Pulmonaires : 12 cas

- Anevrysmes disséquants des Artères Carotides et Vertébrales

Extracrâniennes : 12 cas

. Tronc brachio-céphalique	1 cas
. Carotide primitive	5
. Carotide Interne	6
. Artères vertébrales	2

- Anevrysmes disséquants des Artères Intracrâniennes : 17 cas

. Artère Sylvienne	9 cas
. Tronc basilaire	4
. Artère vertébrale	3
. Carotide Interne	1

Anevrysmes disséquants des Autres Artères Périphériques : 20 cas

. Anevrysmes disséquants des Artères des Membres 14 cas

... Artère Iliaque Primitive	6
... Artère Fémorale	4
... Artère sous-clavière ...	2
... Artère Iliaque externe .	1
... Artère humérale	1
... Artère hypo-gastrique ..	1

. Anevrysmes disséquants des Artères Thyroïdiennes 4 cas

... Artère thyroïdienne inférieure	3
... Artère thyroïdienne supérieure	1

. Anevrysmes disséquants de l'Artère Centrale de
la rétine 2 cas

OBSERVATION PERSONNELLE

Un homme de 54 ans est admis à l'Hôpital pour Ictère. Ce malade est déjà connu puisqu'il fût hospitalisé 3 ans et demi auparavant pour un cancer bronchique découvert à l'occasion d'un classique syndrome de Pneumopathie trainante avec Expectoration hémoptoïque chez un fumeur de la cinquantaine. L'examen de la pièce de pneumonectomie droite a confirmé le diagnostic de Carcinome Epidermoïde différencié Immature, sans envahissement ganglionnaire.

Depuis, le malade recevait un traitement par cyclophosphamide par voie Intra-veineuse, puis per os, à la dose de 2 comprimés par 24 heures sous surveillance hématologique.

L'ictère qui motive l'Hospitalisation est franc, cutaneo-muqueux, avec hypercoloration des urines, qui contiennent des sels et des pigments biliaires, et décoloration des selles. Son installation s'est accompagnée de précordialgies constrictives, mais aussi de Vomissements, de Diarrhée et d'Hypochondralgies droites. La Température est à 37°8, le coeur a un rythme normal. La Tension Artérielle est normale.

L'examen physique montre un abdomen peu dépressible, notamment à droite. Le foie semble déborder le rebord costal mais il n'est pas perçu de grosse vésicule. Le reste de l'Examen est Normal.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Hémogramme : hématies = 4 400 000
leucocytes = 10 400 dont 66% de Polynucléaires
et 2,5% de Polyeosinophiles
- Vitesse de Sédimentation très accélérée à 125 - 145
- Electrocardiogramme : pas d'Infarctus du Myocarde
- Tests hépatiques : Bilirubine totale = 77 mg dont 63 mg de Directe
et 14 mg d'Indirecte
- Cholestérol total = 2,38 gr/l
" libre = 1,30
- Phosphatases alcalines = 6,45 U.K.A.
- Protides = 71 gr . Albumines = 52%
γ globulines = 25%
α² " = 9%
- Mac Lagan 12
- Hanger +
- Fer sérique 210 γ (coefficient de saturation = 0,7)
- Transaminases = S G O T = 130 μ
S G P T = 63 μ
- Amylasémie = 39 μ

L'Evolution est émaillée par la recrudescence des précordialgies constrictives avec sueurs profuses, poussées fébriles et hypertensives de 21 de maxima. Quatre jours après l'admission, l'ictère est intense et l'intolérance digestive absolue. Le cinquième jour d'hospitalisation apparaît une brutale crise douloureuse de l'hypochondre droit, en coup de poignard. L'examen de l'Abdomen montrait un météorisme diffus avec disparition de la matité pré hépatique. Mais le collapsus est irréversible et le malade décède rapidement malgré la reanimation.

NECROPSIE : La vérification anatomique fut complète, hormis l'encéphale.
Signalons d'emblée que le cancer bronchique était anatomique-

ment guéri : il n'y avait ni récurrence locale, ni métastase. Le tube digestif était normal, mais l'estomac contenait du sang en quantité modérée. L'origine de cette hémorragie est restée imprécise : il n'a été retrouvé ni varice œsophagienne, ni lésion pariétale gastrique. Cette hémorragie apparaît terminale car elle ne fut pas extériorisée et le sang n'a pas franchi le pylore. Le Duodénum contenait un peu de bile, et d'ailleurs l'expression de la vésicule distendue et noire faisait jaillir la bile par la papille.

La rate était petite (50 gr.) et contenait un petit infarctus rouge, récent, du pôle inférieur, de 2 cm de diamètre.

Les constatations essentielles portèrent sur le foie et le pédicule hépatique. Le foie était modérément hypertrophié, mais surtout franchement vert, porphyre, typiquement cholestatique avec, à la coupe un piqueté jaunâtre. La liberté fonctionnelle des voies biliaires a été confirmée anatomiquement par leur ouverture sur toute leur longueur. La vésicule était noire, dilatée, par une bile foncée dans laquelle flottaient de petits calculs friables.

La veine porte était libre, mais l'artère hépatique est apparue macroscopiquement thrombosée. Cette " *Thrombose* " débutait sur l'hépatique commune, un centimètre après son origine, s'étendait à l'hépatique propre et à ses 2 branches de division. Parmi les branches collatérales, la gastro-duodénale était également thrombosée sur son premier centimètre. L'examen des tranches de section hépatique montrait que cette thrombose s'étendait profondément dans le parenchyme.

Par ailleurs, l'aorte était discrètement atheromateuse. Le tronc coeliaque et ses autres branches étaient normales.

Après fixation, on notait en permanence dans la thrombose la présence d'un anneau blanchâtre, tantôt accolé à la paroi vasculaire, tantôt isolé au milieu de la thrombose, se divisant en même temps que l'Artère et dont nous n'avons pu préciser la nature qu'à l'Examen Histologique. Celui-ci nous permit d'affirmer le Diagnostic d'*anevrisme disséquant primitif*.

Le clivage, tantôt circonférentiel, tantôt partiel, s'est toujours effectué à la jonction de la media et de la Lamé Elastique Externe qui apparaît tendue. La lumière vasculaire primitive est totalement obturée et le sang contenu dans la poche néoformée est coagulé comme l'affirme la présence d'un réseau de fibrine. Cette thrombose est récente puisque nous n'avons noté aucune trace de collagenèse.

Une nouvelle étude de la pièce fixée nous permet de penser que l'orifice d'entrée correspond à l'origine de la Thrombose, c'est-à-dire à 1 cm de l'origine de l'Hépatique commune.

L'examen de la paroi vasculaire, à la recherche d'un facteur étiologique a été menée sur de très nombreuses coupes pratiquées à différents niveaux, sur chaque segment de l'Artère Hépatique et de ses branches, et après coloration par l'Hématéïne-éosine-Safran, Trichrome de Masson, Orcéine, Mallory, Gomori, P.A.S.

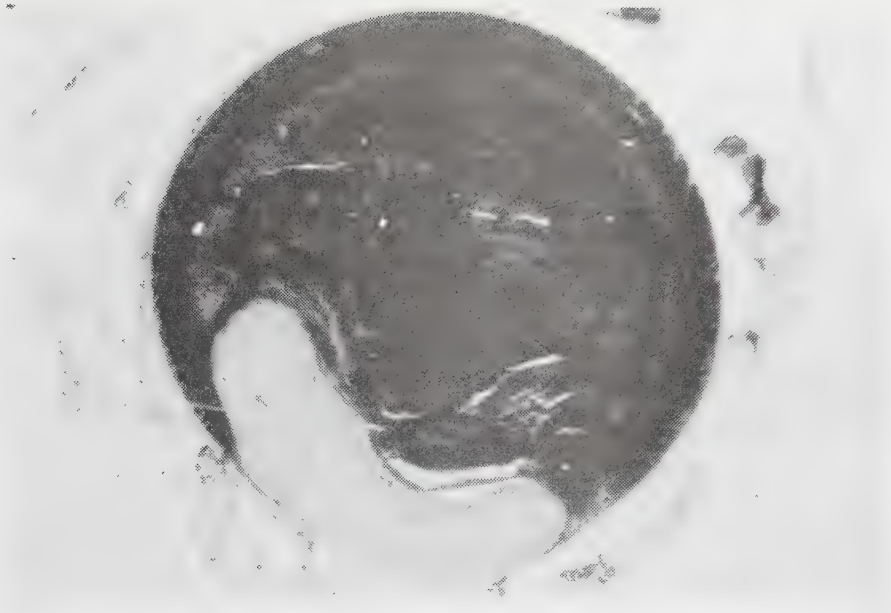
Nous n'avons noté aucune plaque d'atherome. Ce malade avait d'ailleurs un système cardio-vasculaire porteur de lésions athéromateuses discrètes pour son âge. L'Intima était parfois discrètement épaissi et fibreux.

La lame élastique interne était presque constamment dédoublée mais jamais rompue.

La media n'était le siège d'aucune surcharge et il n'a pas été retrouvé de lésions évocatrices d'une medio-nécrose d'Erdheim. Les fibres musculaires et élastiques étaient normales.

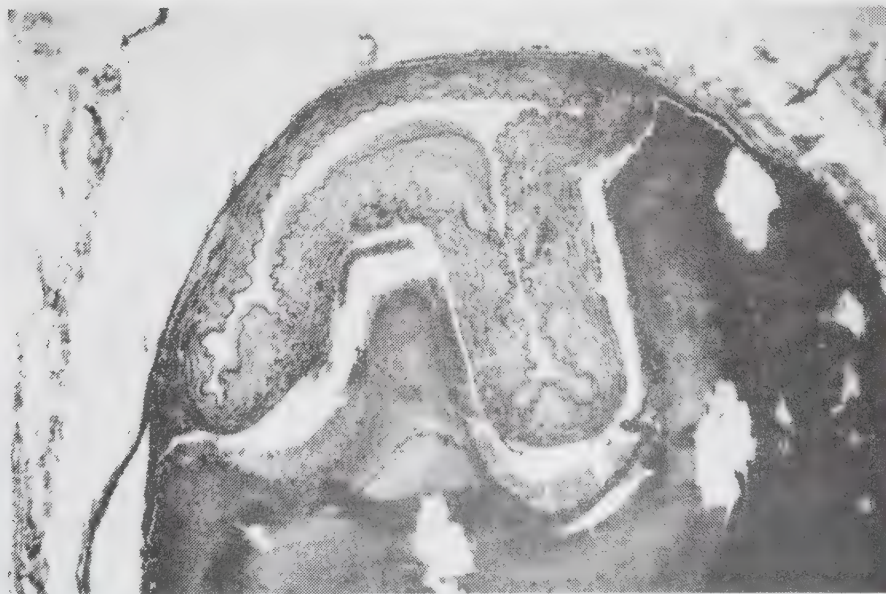
Enfin, l'adventrice n'était le siège d'aucun Infiltrat inflammatoire.

L'examen Histologique du foie montrait des espaces portes notablement élargis, scléreux, poussant parfois des pointes d'accroissement tendant à se réunir et ébauchant un processus cirrhotique. A la périphérie des espaces portes, il existait un certain



TRICHROME de MASSON
Artère hépatique

La média, clivée sur les 5/6 de sa circonférence, est rétractée autour de la lumière primitive, virtuelle.



Coloration de COMORI
Artère gastro-duodénale

La lumière primitive est ici encore visible. On note un aspect d'hyperplasie fibromusculaire localisée au niveau de la média clivée.

nombre de formations pseudo-canaliculaires. Par ailleurs on notait une infiltration portale diffuse et assez marquée par des cellules rondes. Les cholangioles étaient normaux, non ectasiques, sans immigration leucocytaire; ils ne contenaient pas de cylindres bilieux.

Les hépatocytes, rangés en travées normales, ne comportaient que des lésions de steatose, d'ailleurs inconstantes, sans électricité topographique nette. Il existait en outre une cholostase importante avec de très nombreux et volumineux thrombi-biliaires, surtout péri portaux.

Signalons enfin, au niveau de la média clivée de l'artère gastro-duodénale, une petite zone d'hyperplasie fibro-musculaire, dont les fibres musculaires sont orientées longitudinalement et non pas circulairement, soulevant la lame élastique interne qui devient rectiligne à ce niveau.

REVUE de la LITTERATURE

ANEVRYSMES DISSEQUANTS PRIMITIFS des ARTERES ABDOMINALES

(Artères Rénales exceptées)

Références : 6 - 20 - 21 - 23 - 24 - 35 - 39 - 43 - 61 - 80 - 94 - 109
113 - 122 - 130.

Nous avons pu analyser 23 observations d'Anévrysmes disséquants Primitifs des artères Abdominales (Artères rénales exceptées), observations qui se répartissent de la façon suivante :

- Tronc coeliaque et ses branches	= 1
- Artère hépatique = 5+Notre observation	= 6
- Artère Splénique	= 7
- Coronaire Stomachique	= 2
- Mésentérique Supérieure	= 7
- Mésentérique Inférieure	= 1
- Artère gastro duodénale	= 1

Soit un TOTAL de 25 artères lésées pour
23 Observations.

L'âge moyen de ces malades est de 62 ans, avec des extrêmes de 84 et 41 ans.

L'Aspect clinique le plus souvent réalisé est celui de l' "Apoplexie viscérale", ainsi que l'ont récemment souligné DVORAK et GAZZANIGA d'une part, CORMIER et DELARUE d'autre part.

Les anévrysmes disséquants paraissent en effet une cause méconnue de ruptures spontanées des Artères Viscérales.

Le pronostic d'une telle lésion est gravissime puisque sur 23 Observations, 20 ont abouti au décès et l'évolution d'un cas n'est pas précisée. Seulement 6 tentatives chirurgicales ont été effectuées avec le Diagnostic d'Hémorragie Interne.

- Douze observations font état d'un examen histologique complet :

9 fois le clivage s'est effectué à la jonction Media - Lamé
élastique externe,

et 3 fois dans l'épaisseur même de la média.

Ces artères étaient parfois athéromateuses, mais aucune Média-Nécrose ne fut notée.

ANEVRYSMES DISSEQUANTS PRIMITIFS de l'ARTERE HEPATIQUE

- VERREY - Thèse Lausanne - 1911

Cité par LEGER R. sans plus amples détails

- FOORD et LEWIS - cas n° 13

CLINIQUE : Un homme de 54 ans, hypertendu connu (30-14) présente une brutale crise douloureuse thoracique et abdominale haute. La douleur persiste quelques temps et le malade décède subitement.

ANA. PATH : - Anévrisme disséquant aortique, étendu de la crosse à la bifurcation rompu dans la plèvre gauche.

- Dissection de l'artère hépatique commune, étendue sur 1,5 cms, sans orifice d'entrée, sans thrombose et sans infarctus hépatique. Cette lésion est indépendante de la dissection aortique car le tronc coeliaque et la partie initiale de l'artère hépatique sont normales.

- PATCHEFSKY A.S. et PAPLANUS S.H.

CLINIQUE : Une femme de 63 ans, hospitalisée dans un tableau de cholecystite aiguë est opérée le 10ème jour. 24 heures après l'intervention, brutale crise douloureuse thoracique et décès par collapsus irréversible.

ANA. PATH. : - Embolie Pulmonaire massive.

- Anévrisme disséquant de l'Artère hépatique, sans Infarctus hépatique. Le clivage se faisait au niveau du 1/3 externe de la média. Des lésions d'hyperplasie-fibro-musculaire sont notées au niveau des branches intactes de l'artère hépatique, et surtout au niveau de l'artère rénale gauche. Les auteurs se rejettent le traumatisme opératoire comme étiologie et retiennent uniquement le rôle des lésions d'hyperplasie fibro-musculaire.

• CALLICOTT H. et HOKE H.F.

CLINIQUE : Une femme de 51 ans est opérée en urgence pour hémorragie interne spontanée. L'intervention découvre une artère hépatique spontanément rompue. La ligature des deux extrémités permet l'hémostase mais le collapsus est irréversible et la malade décède.

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant de l'artère hépatique commune, étendu à l'origine de l'artère gastro duodénale, largement rompu. Le clivage s'était effectué entre la média et la lame élastique externe. L'aorte, le tronc coeliaque, et ses autres branches étaient normales. Histologiquement, la média paraissait anormalement pauvre en fibres musculaires, et riche en fibres collagènes. Il fut noté quelques fibres musculaires lisses dégénérées. Les fibres élastiques étaient fragmentées et la coloration au bleu de Toluidine montrait la présence diffuse d'un matériel métachromatique. Le foie était le siège de plages de nécrose.

-
- Par ailleurs, MOULONGUET et Coll. rapportent, l'observation d'une Aortographie montrant un Anévrysme disséquant de l'artère hépatique et des artères spléniques, Jéjunales, et Rénales gauche. L'analyse de cette observation est détaillée dans le chapitre consacré aux artères Rénales.

ANEVRYSMES DISSEQUANTS DE L'ARTERE SPLENIQUE.

- WATSON A.J. (cas n° 3)

CLINIQUE : Un homme de 41 ans est hospitalisé pour coma avec hémiplégie gauche. Sa T.A. est à 25-14, et il existe une rétinopathie hypertensive. Décès très rapide.

ANA. PATH. : Hémorragie cérébrale massive à gauche.

Anévrysme disséquant de l'artère splénique, débutant à l'origine de l'artère avec une déchirure intimale et s'étendant sur 6 cms. Le clivage s'est produit entre la média et la limitante élastique externe. La lumière vasculaire est presque complètement obturée. A peu près au milieu de la dissection existe une rupture, responsable d'une infiltration hémorragique du pancréas et de la graisse péri-pancréatique. L'artère est très discrètement athéromateuse. La limitante élastique interne est dédoublée. Les fibres musculaires de la média sont raréfiées et séparées par du tissu conjonctif. Un certain nombre de cellules musculaires sont vacuolisées et P.A.S. positives. Il n'y a pas d'accumulation de matériel mucoïde. Dans les plages où les fibres musculaires ont disparu, existent de très nombreuses fibres élastiques qui évoquent plus une néoformation que la condensation de fibres pré-existantes. Il n'existe pas d'Infarctus Splénique.

- COSGROVE et Coll. (cas n°3-)

Un homme de 62 ans est hospitalisé pour fracture de la mandibule. Six jours après l'immobilisation, il se plaint d'une douleur intercostale gauche. Il sombre progressivement dans le coma et décède le 16ème jour.

NECROPSIE : - Hémoperitoïne et infiltration hémorragique du mésentère.
- Anévrysme disséquant thrombosé de la portion moyenne de l'artère splénique.

L'étude histologique a montré une dégénérescence importante de la paroi de l'artère splénique.

- SOUTAR et PRAIN (cité par MAJKA et BONDY)

Une femme de 66 ans est hospitalisée pour crise douloureuse thoracique gauche et abdominale haute, avec nausées et vomissements. Les signes abdominaux augmentant, une laparotomie est effectuée, qui montre la présence d'un litre de sang dans la cavité abdominale et un volumineux hématome rétropéritonéal. La malade décède une semaine plus tard.

L'autopsie révèle un Anévrysme disséquant de l'Artère Splénique

- GILLEPSIE et GUTHRIE

CLINIQUE : Un homme de 60 ans, hypertendu et ulcéreux connu est hospitalisé pour crise douloureuse abdominale. L'intervention révèle un hémopéritoine et un hématome rétro péritonéal étendu. L'origine de cette hémorragie n'est pas retrouvée et le malade décède rapidement.

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant de l' Artère Splénique, débutant 2 cms, après l'origine de l'artère et étendu à toute la longueur du vaisseau. Le clivage s'est effectué entre la média et la lame élastique externe ; la lumière primitive est obturée. L'artère était scléreuse mais non athéromateuse.

L'Artère rénale gauche, très athéroscléreuse, était le siège de multiples anévrysmes et l'Examen histologique montrait que l'une des Branches de division était également clivée.

Le rein droit était polykystique. La rate était normale.

- SHUMWAY et PEYTON (cas n° 2)

Une femme de 50 ans est hospitalisée pour suspicion de tumeur cérébrale. Décès le 3ème jour, sans que se soit jamais manifesté le moindre signe abdominal.

NECROPSIE : - Méningiome occipital droit

- Anévrysme disséquant de l'Artère Splénique

- Hémopéritoine important.

- MAJKA M. et BONDY D.C.

CLINIQUE : Un homme de 44 ans, ancien tuberculeux pulmonaire traité par thoracoplastie, est hospitalisé pour une crise douloureuse épigastrique à irradiations gauches. Il développe rapidement un état de choc irréversible et décède 8 heures après l'admission.

MAJKA M. et BONDY D.C. (suite)

ANA. PATH. : Hémorragie intra péritonéale et hématome rétro-péritonéal du côté gauche.

Anévrysme disséquant rompu de l' Artère Splénique, débutant 4 cms avant le hile. Le clivage s'est fait, sur 1,5 cms, à la partie Externe de la média ; et sur 3 cms, dans l'Adventice. L'étude de la paroi a montré une dégénérescence (?) de la média et des lésions d'athérosclérose.

- Enfin MOULONGUET et Coll. décrivent récemment un Anévrysme Disséquant de l'Artère splénique, diagnostiqué par Aortographie et confirmé par l'Examen Anatomo-Pathologique.

(cf anévrysmes disséquants de l'Artère rénale).

ANEVRYSMES DISSEQUANTS de la CORONAIRE STOMACHIQUE

- SHUMWAY N.E. et PEYTON W.T.

Cas n° 1

Une femme de 76 ans est hospitalisée avec le diagnostic d'accident vasculaire cérébral. En cours d'hospitalisation plusieurs épisodes de collapsus doivent être traités par des Transfusions. Décès le 10ème jour dans un tableau de collapsus irréversible.

NECROPSIE

- Artériosclérose cérébrale banale
- plusieurs litres de sang dans le péritoine.
- Anévrysme disséquant de la coronaire stomachique
- Anévrysme disséquant de l' Artère rénale droite

- DZIOBA H.

CLINIQUE : Une femme de 76 ans hypertendue ancienne, présente une crise douloureuse précordiale et épigastrique. Le 3ème jour la malade est hospitalisée dans un tableau de collapsus. L'examen clinique ne révèle rien, si ce n'est un épanchement liquidien péritonéal. La malade décède avant toute tentative thérapeutique.

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant de la coronaire stomachique, rompu dans l'épaisseur de la paroi gastrique. Cet hématome pariétal gastrique s'est rompu dans la cavité abdominale.

HISTOLOGIE : hématome intra mural de l'Artère.

ANEVRYSME DISSEQUANT DU TRONC COELIAQUE et de ses BRANCHES

- FOORD et LEWIS

Cas n° 12

CLINIQUE : Un homme de 66 ans, porteur d'une hypertension sévère ancienne (25-14), se plaignant de céphalées dans les derniers mois et présentant une hémiparésie partielle depuis 2 semaines fait un accident vasculaire cérébral brutal, tombe dans le coma et décède en 4 heures.

ANA. PATH.: - Hémorragie cérébrale gauche, massive, rompue dans le ventricule latéral

- Hypertrophie cardiaque

- Dissection récente, à la jonction média - L.E.E. du tronc coeliaque, débutant 1 cm après son origine et s'étendant à l'artère hépatique commune, à la Branche gauche de l'Hépatique, jusque dans le foie, et à la portion initiale de la Branche droite ; à l'artère splénique et à la coronaire stomachique. L'orifice d'entrée n'a pas été identifié. Il n'y a ni thrombose, ni Infarctus - Athérosclérose Aortique marquée.

ANEVRYSMES DISSEQUANTS DE L'ARTERE MESENTERIQUE SUPERIEURE

- FOORD et LEWIS

cas n° 9

CLINIQUE : Une femme de 75 ans, normotendue (11-7) est hospitalisée pour une occlusion intestinale aiguë dont l'étiologie n'est pas retrouvée cliniquement et chez qui l'état général interdit tout acte chirurgical. Décès au 7ème jour.

ANA. PATH. - Anévrysme disséquant de la Branche supérieure de l'Artère mésentérique supérieure. Infarctus intestinal des 75 premiers centimètres du Jéjunum.

La dissection s'est produite entre média et L.E.E. et s'étend sur 4 cms. Un orifice d'entrée a pu être retrouvé.

cas n° 10

CLINIQUE : Une femme de 73 ans présentant depuis 2 ans une formule sanguine myéloïde et une métaplasie myéloïde splénique décède en quelques jours dans un tableau fébrile avec ascite.

ANA. PATH. : - ostéomyelosclérose - Splénomégalie (1.540 grs) avec métaplasie myéloïde.

- tuberculose pleurale droite et péritonéale - Nombreuse adénopathies tuberculeuses abdominales et thoraciques.

- dissection, sur une longueur de 1 cm, d'une branche de l'artère mésentérique supérieure. Le clivage s'est fait entre média et L.E.E. IL n'y a pas d'orifice d'entrée, pas de thrombose et pas d'Infarctus intestinal.

cas n° 11

CLINIQUE : Un homme de 55 ans, hypertendu (15-11) présente une dyspnée sévère avec cyanose et fibrillation auriculaire. Apparition brutale d'une crise douloureuse abdominale avec vomissement. Décès le 7ème jour.

Cas n° 11 - (suite)

ANA. PATH. : Dissection, à la jonction média. L.E.E. de l'artère Mésentérique supérieure et de ses principales branches. La dissection commençait à 6 cms de l'origine de l'Artère et obturait la lumière. Il n'a pas été retrouvé d'orifice d'entrée. Il existe un Infarctus d'une anse iléale sur 40 cms. Athérome Aortique sévère.

- BEAUERSFELD S.R.

CLINIQUE : Une femme de 87 ans est hospitalisée pour une douleur épigastrique modérée, avec nausée et vomissements, durant depuis 3 semaines. La radio de l'abdomen sans préparation montrait des anses dilatées et le diagnostic clinique porté fut celui d'occlusion intestinale partielle. Décès en 3 semaines (T.A. = 11-7).

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant de l'Artère Mésentérique supérieure, débutant à 2,5 cms de l'origine de l'Artère, avec un orifice d'entrée, et s'étendant sur une longueur de 5,5 cms. L'artère est thrombosée et il existe un Infarctus Intestinal

- JEAN C. et Coll.

CLINIQUE. Un homme de 53 ans, ressentait depuis 3 jours de violentes douleurs abdominales avec nausées et vomissements. La laparotomie exploratrice découvre une hémorragie intra-péritonéale avec extension rétro-Péritonéale. L'origine de cette hémorragie n'est pas retrouvée et le malade décède 10 heures après l'intervention.

ANA. PATH. : Infarctus mésentérique.

Anévrysme disséquant de l'Artère Mésentérique Supérieure
Le clivage s'est fait à la jonction 1/3 externe - 2/3 interne de la média. La lumière est collabée. L'orifice d'entrée n'est pas retrouvé mais par contre, le feuillet externe est largement rompu en un point.

- CLARK F. et MURRAY S.M.

CLINIQUE. Un homme de 51 ans est hospitalisé une première fois pour des douleurs abdominales gauches rapportées à une diverticulose colique. Il est hospitalisé une seconde fois pour hypoprotidémie et anémie hypochrome. La 3ème hospitalisation (5 mois après la première) est motivée par une steatorrhée avec syndrome carentiel. Le transit du grêle confirme la mal absorption et le malade décède.

ANA. PATH. - Intestins congestifs - Nombreuses petites ulcérations diverticulose colique

- Anévrysme disséquant de l'Artère Mésentérique supérieure, débutant 3 cms après son origine et obturant la lumière.
L'artère est athérosclérose. L'orifice d'entrée est retrouvé.

- Enfin, RALSTON et WASDAHL rapportent une observation d'Anévrysme disséquant de l'Artère Mésentérique Supérieure, associé à un Anévrysme disséquant de l'Artère Rénale gauche et de l'Artère Interventriculaire antérieure.

cf. Anévrysmes disséquants des Artères coronaires.

ANEVRYSME DISSEQUANT DE LA MESENTERIQUE INFERIEURE

- CORMIER J.M. - DELARUE J. et Coll.

CLINIQUE. Un homme de 84 ans est hospitalisé pour crise douloureuse abdominale avec collapsus (T.A. = 9-7) et anurie. On porte le diagnostic d'Hémopéritoine. L'intervention révèle l'existence d'un hématome rétropéritonéal très étendu. L'origine de cette hémorragie est localisée au mésocolon gauche : Hémicolectomie gauche avec résection du méso correspondant.

Au 4ème jour post opératoire, le malade se plaint de douleurs précordiales, et des opacités pulmonaires diffuses apparaissent. Décès huit jours après l'intervention.

ANA. PATH. : Bronchopneumonie diffuse, bilatérale, responsable de la mort.

La paroi colique gauche est congestionnée, mais sans nécrose ni infiltration sanguine.

Les Artères du méso colon gauche, apparaissent macroscopiquement thrombosée mais il s'agit en fait d'une dissection artérielle. Le siège du clivage paraît varier dans l'épaisseur de la média. En plusieurs points, la paroi est franchement rompue.

L'intima apparaît épaissie par une fibrose simple, sans dépôts lipidiques. Aucune lésion de média nécrose n'est notée. Athérome aortique discret.

- DVORAK A. et GAZAANIGA A.

CLINIQUE. Une femme de 79 ans, hypertendue connue, est hospitalisée d'urgence pour collapsus. La ponction abdominale des quatre quadrants ramène du sang et l'intervention est pratiquée d'urgence. Elle montre un volumineux hématome du mésocolon transverse, atteignant le foie et le caecum. Une artère saignant en jet est liée au bord inférieur du pancréas et une colectomie droite est nécessaire.

Décès au 0ème jour post opératoire.

ANA. PATH. : Bronchopneumonie à Pseudomonas aeruginosa

Fracture du crâne avec hématome sous dural à gauche.

- DVORAK A. et GAZZANIGA A. (suite)

ANA. PATH. : - Thyroïdite chronique

- L'ensemble du système cardio-vasculaire est discrètement athéromateux.

- Anévrysme disséquant de l' Artère gastro-duodénale, débutant 1 cm après l'origine et s'étendant à l'Artère Pancréatico-Duodénale supérieure droite et à la gastro épiploïque droite, qui était rompue.

Le clivage s'est effectué au 1/3 externe de la média. L'examen histologique n'a montré aucune lésion de la Paroi Artérielle préexistante à la dissection.

ANEVRYSMES DISSEQUANTS DES ARTERES RENALES

Références Bibliographiques : 7 - 13 - 36 - 39 - 42 - 50 - 54 - 73 - 77
78 - 96 - 103 - 109 - 112 - 117 - 130.

Nous en avons colligé 32 Observations dans la littérature, toutes postérieures à 1956. Elles concernent respectivement 18 hommes et 7 femmes. Le sexe des malades n'est pas précisé dans 7 cas. Ces malades sont en moyenne âgés de 59 ans, avec des extrêmes de 20 et 80 ans. Dans 21 cas, la lésion fut une découverte d'autopsie.

L'observation rapportée par MOULONGUET ET COLL. concerne un diagnostic artériographique, confirmé par une impression opératoire, et par l'Examen histologique de l'artère splénique. Le malade a subi une splanchni-Sympathectomie en raison de la bilatéralité des lésions.

NEUMAN et SAHIN rapportent une observation similaire, mais dans laquelle l'unilatéralité lésionnelle permit une néphrectomie curatriée. Enfin GILFILLAN et Coll. rapportent également un cas de guérison par Néphrectomie, mais sans confirmation Artériographique préalable.

La Symptomatologie clinique est soit dépourvue de traits caractéristiques, et dans ce cas, l'Anévrysme disséquant de l'Artère Rénale ne pourra être qu'une "trouvaille" d'autopsie bien conduite, soit au contraire évocatrice d'un infarctus rénal, avec douleurs lombaires très intenses, d'apparition brutale, hématurie et protéinurie, insuffisance rénale aiguë en cas de lésion bilatérale ou si le rein opposé est antérieurement détruit.

Un Anévrysme disséquant oblitérant incomplètement la lumière ou comportant un orifice d'entrée et de sortie peut entraîner une hypertension artérielle par ischémie rénale. C'est le mérite de NEUMAN et SAHIN d'avoir les premiers attiré l'attention sur cette cause exceptionnelle de "Rein de GOLDBLATT".

Ce fait a été confirmé par la suite grâce aux observations de HARRISSON et Coll. d'une part, de CORMACK d'autre part.

Sur ces 32 observations, la lésion fut bilatérale 5 fois, elle siégeait à gauche 6 fois et à droite 18 fois. Nous n'avons pas trouvé d'explication satisfaisante à une telle dissymétrie. Le siège de la lésion était imprécis dans 3 observations.

Treize fois, la présence d'un Infarctus rénal correspondant au territoire vasculaire de l'artère est explicitement noté.

Le clivage s'est effectué 20 fois à la jonction Média-limitante élastique externe et 3 fois seulement dans l'épaisseur de la média. La topographie du clivage n'est pas précisée dans 9 observations.

Il convient ici de noter l'observation unique de ENGLUND, qui a rapporté un Anévrysme disséquant de 15 mm de long. de l'Artère rénale droite, comportant un orifice d'entrée et un orifice de sortie.

ANEVRYSMES DISSEQUANTS DES ARTERES RENALES

- LIEBOW I.M. et colla.

CLINIQUE : Un homme de 57 ans, normotendu, ressent une brutale crise douloureuse intense, bilatérale, siégeant dans l'angle costo-vertébral, avec apparition rapide d'une hématurie et d'une insuffisance rénale aboutissant à la Mort au 7ème jour.

ANA. PATH. : Dissection extensive de la Média de l'Artère rénale gauche et des Branches de l'artère rénale droite, s'étendant profondément dans le parenchyme rénal. La lumière artérielle est collabée mais il n'y a pas de thrombose. Infarctus renal bilatéral. Athérome aortique modéré. Pas d'orifice d'entrée.

- WATSON A.J. - 2 cas

cas n° 2

CLINIQUE : Un homme de 52 ans, souffrant de céphalées depuis 2 semaines fait un accès de confusion mentale et tombe dans le coma. Le L.C.R. est hémorragique. Décès au bout de 24 heures.

ANA. PATH. : Hémorragie méningée massive

Petit anévrysme disséquant, de 3 cms. de long, sur l'Artère rénale droite, siégeant entre média et adventice, occluant presque complètement la lumière mais sans infarctus rénal. La L.E.I. est épaissie, et, en regard de la dissection, fendue en plusieurs couches.

Atrophie et dégénérescence des cellules musculaires lisses de la Média qui sont séparées par un tissu conjonctif lâche. L'organisation de la trame élastique est désordonnée. L'orifice d'entrée a été retrouvée histologiquement.

cas n° 3

CLINIQUE : Une femme de 49 ans, ayant souffert d'un syndrome de Raynaud présente une crise douloureuse intense lombaire droite, puis rapidement bilatérale. L'examen clinique montre une H.T.A. à 19-9, et des oedèmes déclives. Les urines contiennent des traces d'albumine et des cylindres granuleux.

Le décès survient en 12 jours dans un tableau de coma Urémique.

cas n° 3 (suite)

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant des principales Branches de Division des 2 artères rénales, mais plus important à droite qu'à gauche.

Les Artères rénales proprement dites sont normales. Infarctus rénal droit massif, quelques zones infarciées à gauche. Signes histologiques de néphroangiosclérose maligne. Le clivage s'est toujours fait entre média et adventice. L'occlusion de la lumière est souvent complète. La dissection s'étendant parfois jusqu'aux artères interlobulaires, à droite.

La L.E.I. est fendue en plusieurs couches. La média présente une rarefaction des fibres musculaires qui sont souvent largement séparées par du tissu conjonctif lâche. Les fibres élastiques sont très irrégulièrement réparties. On note la présence de minuscules foyers d'hémorragie intra-médiale.

Un orifice d'entrée est noté sur une grosse branche des artères rénales gauche et droite.

- GILFILLAN R.S. et Coll.

CLINIQUE : Un homme de 47 ans présente une intense crise douloureuse du flanc gauche avec état de choc modéré. Discrète hématurie.

L'urographie d'urgence montre un rein muet. La néphrectomie est pratiquée le 12ème jour. Le malade a été revu 4 ans après.

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant de l'Artère rénale gauche, débutant 2 cms après l'origine et s'étendant dans le parenchyme. La lumière artérielle est réduite et thrombosée. Une artère polaire supérieure est indemne. - Gros infarctus rénal.

- BOYD and WATSON (cas n° 2)

CLINIQUE : Un homme de 58 ans, hypertendu (22-13) et ressentant une dyspnée d'effort depuis quelques mois, est hospitalisé à la suite d'une hémiparésie droite. Le malade est opéré d'une volumineuse tumeur rétropéritonéale, adhérente à l'artère rénale gauche. Dans les suites opératoires, le malade présente un infarctus du myocarde, sombre dans le coma et décède le 9ème jour.

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant de la branche supérieure de l'artère rénale droite.

- : Infarctus récent du pôle supérieur du rein droit.
- : Infarctus myocardique antérieur récent avec thrombose de l'artère interventriculaire antérieure.
- : Ramollissement cérébral récent du lobe temporal gauche.
- : Volumineux ganglioneurome.

- FOORD et LEWIS

Cas n° 1

CLINIQUE : Homme de 27 ans, souffrant de céphalées et d'une H.T.A. croissante depuis 2 ans (22-15).

Urétéronéphrectomie pour lithiase du bas uretère ayant entraîné une hydronéphrose et des lésions majeures de pyclonéphrite chronique. Au 4ème jour post opératoire, apparition d'une oligo-anurie et décès le 13ème jour, d'insuffisance rénale.

ANA. PATH. : Dissection, entre média et L.E.I. de l'Artère rénale droite, ayant débuté à 2 cms de l'origine, s'étendant sur 48 mm et se terminant à la bifurcation. Les branches sont normales. Le sang contenu dans cette dissection est coagulé. Le rein droit est infarcté.

Cas n° 2

CLINIQUE : Un homme de 58 ans, hypertendu connu (26-14), depuis 9 ans et dont l'azotémie commence à croître depuis 6 mois présente une brutale crise douloureuse rétrosternale. Anurie complète 4 jours plus tard. Décès au 5ème jour.

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant de l'Artère rénale droite, entre Média et adventice, étendu sur 7 mm, thrombosé

Anévrysme disséquant de l'Artère mésentérique supérieure, entre média et L.E.E., étendu sur 10 mm, sans thrombose ni infarctus mésentérique.

Thrombose de la branche supérieure de l'artère rénale gauche.

Infarctus localisés des 2 reins. Importantes lésions de néphroangiosclérose artériolaire.

Hémorragie médiastinale dont l'origine n'a pas été retrouvée.

Sténose athéromateuse de l'origine de l'artère rénale droite et athérome aortique marqué.

Cas n° 3

CLINIQUE. Un homme de 79 ans porteur d'un carcinome prostatique avec métastases osseuses et antécédents d'infarctus myocardique. Dans les derniers mois, apparition d'une anémie et d'une insuffisance cardiaque. Apparition d'une douleur épigastrique d'intensité modérée. Décès en quelques jours après 48 h d'oligurie.

ANA. PATH. : Dissection de l'Artère rénale gauche, sur 2,5 cms, à la jonction média-L.E.E.

Dissection de la branche inférieure de l'Artère rénale droite, sur 3 cms.

Dissection sur 4,5 cms de l'Artère iliaque primitive gauche

Infarctus myocardique récent et ancien

Athérosclérose aortique sévère.

cas n° 4

CLINIQUE : Une femme de 72 ans, porteuse d'un rétrécissement aortique rhumatismal se compliquant depuis quelques mois d'une fibrillation auriculaire, développe un coma rapidement progressif avec hémiparésie gauche. L'albumine est importante et l'azotémie modérément augmentée (56 mgr %) - Décès en 4 jours.

ANA. PATH. Ramollissement cérébral droit.

Athérosclérose généralisée et rétrécissement aortique calcifié.

Les 2 branches supérieures de l'artère rénale droite sont le siège d'une dissection s'étendant chacune sur 2,5 cms. Ces artères sont thrombosées et il existe un Infarctus rénal.

Le clivage s'effectuait à la jonction média - L.E.E.

cas n° 5

CLINIQUE : Une femme de 76 ans, porteuse d'une hernie hiatale ancienne et se plaignant de dysphagie altérant l'état général subit une oesophagoplastie pour sténose et ulcère peptique. Hypotension permanente après intervention (10-6). Décès au 9ème jour post-opératoire.

ANA. PATH. Découverte d'une dissection récente de l'Artère rénale droite à la jonction média - L.E.E., s'étendant sur 1,5 cm. L'artère n'est pas thrombosée et il n'y a pas d'infarctus rénal. Athérosclérose aortique marquée. Le décès est imputé à une embolie pulmonaire, massive et à une hémorragie digestive post-opératoire.

cas n° 6

CLINIQUE : Un homme de 52 ans, porteur d'une hypertension sévère (22.15) depuis plusieurs mois, compliquée de 2 poussées d'insuffisance cardiaque; décède d'insuffisance rénale.

ANA. PATH. Dissection à la jonction média-L.E.E. des 2,5 derniers centimètres de l'artère rénale droite s'étendant aux 2 premiers centimètres de ses principales branches. Pas de thrombose ni d'Infarctus rénal. Néphroangiosclérose maligne.

Il existe un rétrécissement athéromateux de l'origine de cette artère rénale.

cas n° 7

CLINIQUE : Un homme de 72 ans, normotendu, hospitalisé pour une fièvre élevée et des signes de bronchopneumonie, décède en quelques jours.

ANA. PATH. Découverte d'une dissection de l'Artère rénale droite, débutant 1 cm après son origine et s'étendant aux principales branches, à la jonction média - L.E.E.. Artère polaire inférieure séparée et indemne. Infarctus central récent du rein droit.

Dissection irrégulière sur une largeur de 7 mm, de l'Artère rénale gauche située à 1,5 cm de son origine.

Bronchopneumonie hémorragique bilatérale.

- TUQUAN N.A.

CLINIQUE : Un homme de 70 ans, hypertendu, ressent une violente douleur lombaire droite et présente une hématurie avec protéinurie. Il décède 8 jours plus tard d'une rupture gastrique post-traumatique.
ANA. PATH. : Athérosclérose aortique et rénale marquée.

Infarctus rénal polaire supérieur et thrombose de la Branche antérieure de l' Artère rénale droite, qui se révéla, histologiquement, être une dissection artérielle clivant la média à distance des lames élastiques.

La dissection s'étend aux petites branches intra-rénales. L'intima est athérosclérose, et il n'y a pas de signes de média nécrose kystique.

- HENRY L. et BURKE W.D.

cas n° 1

CLINIQUE : Une femme de 66 ans est hospitalisée pour traumatisme crânien. La T.A. est à 23-8 et il existe une protéinurie. Décès rapide.

ANA. PATH. : Plusieurs fractures du tronc et hématome sous dural

Anévrysme disséquant de la Branche polaire supérieure de l'artère rénale droite. La dissection débutait à l'origine de cette artère et s'étendait dans le parenchyme rénal. Plusieurs branches collatérales ou terminales étaient disséquées.

La lumière était collabée et il existait un infarctus rénal polaire supérieur. Il n'a été retrouvé ni thrombose, ni orifice d'entrée. L'aorte était discrètement athéromateuse et il n'a pas été noté de média-nécrose.

cas n° 2

CLINIQUE : Un homme de 72 ans se plaint depuis 20 ans d'impotence motrice et de troubles de la sensibilité du côté gauche, avec hémianopsie latérale homonyme gauche. Il est hospitalisé pour bronchopneumonie. La T.A. est à 12-8. Il n'y a pas d'albuminurie. Pseudomonas aëroginosa est isolé des crachats mais le malade décède malgré le traitement, 13 jours après l'admission.

ANA. PATH. - Sévère bronchopneumonie bilatérale.

- Volumineux anévrysme sacciforme, de 3 cms de diamètre, de l'artère cérébrale moyenne.

- Anévrysme disséquant de la Branche polaire supérieure de l'artère rénale droite, s'étendant de l'origine de cette artère à l'intérieur du parenchyme rénal (4 cms).

La lumière était obturée mais il n'y a ni thrombose, ni orifice d'entrée. Il existait un Infarctus rénal récent polaire supérieur. L'Athérome aortique était modéré.

Cas n° 3

CLINIQUE. Une femme âgée de 80 ans est hospitalisée pour hématomèse. Elle a un long passé d'hémorragies digestives qui sont rattachées à l'existence d'une cirrhose avec varices oesophagiennes. Par ailleurs la malade est manifestement myxoedématiée. Décès en 5 jours.

ANA. PATH. - Cirrhose avec hypertension portale (varices oesophagiennes + grosse rate).

- Thyroïde hypoplasique
 - Épanchement péricardique (1.200 ml) et cardiomégalie (560 gr).
 - Anévrysme disséquant de la Branche polaire supérieure de l'artère rénale droite, obturant la lumière. Pas de thrombose ni orifice d'entrée ni d'infarctus rénal.
- Athérome aortique banal, mais pas de média-nécrose.

Les constatations histologiques effectuées dans ces 3 derniers cas sont remarquablement identiques.

- la dissection a lieu entre les cellules musculaires de la média et la L.E.E.
- l'hémorragie est contenue dans la paroi artérielle et il n'a été mis en évidence aucune rupture de l'Intima.
- les lésions étaient récentes, comme l'atteste l'absence d'organisation ou de dépôts hémossidériniques.
- dans les 3 cas les fibres musculaires sont raréfiées et remplacées par du tissu conjonctif. Les fibres élastiques sont fragmentées et par endroit absentes.
- il existait de nombreuses plaques de matériel mucoïde contenant des mucopolysaccharides acides (Bleu Alcian)

- ENGLUND G.W.

CLINIQUE : Un homme de 49 ans est hospitalisé pour douleur rétrosternale. Cet homme a un passé évocateur d'ulcère peptique ancien, mais le T.G.D. est normal. La T.A. est à 15-9. Le diagnostic de gastrite est posé et le malade traité par antacides.

CLINIQUE - (suite)

- Seconde hospitalisation 2 ans plus tard pour brutale douleur du flanc droit. L'U.I.V. est normale, ainsi que la radio thoracique La cholecystographie et le T.G.D. Le bilan urinaire est normal.
- Troisième hospitalisation 3 semaines plus tard pour intense céphalée frontale et crise comitiale. La T.A. est à 17-12. Dans la nuit, brutale poussée hypertensive à 24/13, céphalée plus intense et installation d'un coma. L'artériographie carotidienne montre une masse intratemporale et l'intervention permet l'évacuation d'un volumineux hématome. Dans le post opératoire, l'azotémie s'élève progressivement et apparaît une albuminurie. Décès le 3ème jour.

ANA. PATH. : Télangiectasies cutanées, méningées, gastriques et duodénales

" Pectus excavatum " (?)

Cet ensemble suggère aux auteurs l'existence d'une forme fruste de syndrome de Marfan, bien que l'enquête familiale soit négative. Les 2 reins avaient une branche polaire supérieure vascularisant 20 % du parenchyme rénal.

Le Tronc artériel rénal droit est le siège d'une dissection débutant à 5 mm de son origine et s'étendant sur 15 mm. Il existe un large orifice d'entrée et un petit orifice de sortie mais l'artère rénale est ensuite totalement thrombosée.

Il existe un infarctus rénal droit récent, correspondant au territoire de l'artère thrombosée, et un infarctus polaire inférieur ancien. L'aorte est modérément athéromateuse.

L'intima est discrètement épaissie ; la L.E.I. est le plus souvent ondulée et intacte mais parfois dédoublée et fragmentée. la Média est clivée à son 1/3 externe et contient des plages de dégénérescence mucoïde.

- ROSENBLUM W.I.

CLINIQUE. : Un homme de 55 ans, normotendu est hospitalisé pour une rétention d'urine chronique. Il subit une prostatectomie par voie sus pubienne, l'examen Ana. Path. confirmant le diagnostic de bénignité. Dans les suites opératoires, apparaît une fièvre résistante aux antibiotiques, et une insuffisance rénale se traduisant par une baisse du débit urinaire avec augmentation de l'azotémie et de la kaliémie. Décès le huitième jour (le K. est à 7,3 mEq/l).

ANA. PATH.: - Anévrysme disséquant de l'Artère rénale droite, débutant 2 cms après l'origine de l'artère et s'étendant aux branches de division. Il existe un orifice d'entrée dont les parois sont tapissées de fibrine.

Le clivage, à partir de cet orifice d'entrée, s'est effectué entre la média et la L.E.E., obturant la lumière artérielle. Il existe plusieurs infarctus récents du rein droit.

ANA. PATH. (suite)

La paroi artérielle était discrètement athéromateuse. La média était constituée de faisceaux de fibres élastiques et de fibres musculaires lisses séparées par des plages de matériel bleu alcian positif.

Il faut noter qu'au cours du post-opératoire l'auteur a constaté une élévation progressive de la T.A. et évoque à cette occasion la possibilité d'un phénomène de GOLDBLATT.

- MOULONGUET A. et Coll.

CLINIQUE : Un homme de 45 ans est hospitalisé pour colique néphrétique droite et rein muet. Il a déjà été hospitalisé pour fracture du bassin avec rupture de l'urethre membraneux, puis pour rétrécissement urethral post-traumatique. Le malade, normotendu lors des précédents séjours est actuellement hypertendu à 24-15.

L'examen clinique est négatif. Le bilan rénal est normal, mais le test de HOWARD fait évoquer une ischémie rénale droite.

L'Aortographie montre une image de dissection des artères hépatiques, splénique, rénale gauche et Jéjunale, sans lésion de l'aorte, avec une sténose de l'artère rénale droite.

A l'intervention, les 2 artères rénales sont grosses, fermes, donnant l'impression d'être doublées par un cylindre plein au niveau du tronc, alors que les branches terminales sont souples. Splanchni-Sympatectomie bilatérale avec surrenalectomie gauche et hémisurrenalectomie droite. Splénectomie et prélèvement de 7 cms d'artère splénique.

ANA. PATH.: anévrysme disséquant sous adventitial. La lumière primitive et la lumière du néo-vaisseau créé par le clivage sont perméables.

- NEUMAN et SAHIN

Un homme de 43 ans, hospitalisé à 3 reprises et ayant subi 2 interventions chirurgicales (Hernie distale et diverticule de Meckel) est hospitalisé une quatrième fois pour une H.T.A. sévère, récente, avec lésions du F.O. et des fonctions rénales. L'artériographie met en évidence un rétrécissement de l'Artère rénale gauche. L'intervention permet de pratiquer une Néphrectomie qui ramène la T.A. aux chiffres normaux antérieurs, de façon durable. L'examen histologique a affirmé le diagnostic d'anévrysme disséquant. Le clivage s'est effectué dans la média, à la jonction 4/5 internes - 1/5 externe. La lumière artérielle est réduite au 1/10 de sa surface initiale. La média était le siège de Média-nécrose d'Erdheim. Le rein gauche n'est pas infarcté.

- SHUMWAY et PEYTON

Cf. Anevrysmes disséquants de la Coronaire stomachique

- RALSTON et WASDAHL

Cf. Anévrysmes disséquants des Artères Coronaires

- SIROIS et Coll. (cas n° 3)

Cf. Anévrysmes disséquants des Artères extracraniennes.

- GILLEPSIE et GUTHRIE

Cf. Anévrysmes disséquants de l'artère splénique.

- HARRISSON et Coll.

Incluent, dans une série de 66 cas de "Dysplasie Fibromusculaire" des artères rénales, recueillies à la Mayo Clinic, 6 cas d'anévrysmes disséquants. Les renseignements fournis sont les suivants :

- ces anévrysmes disséquants étaient de type chronique, dont les orifices d'entrée et de ré-entrée ont pu être mis en évidence.
- la lésion siégeait 4 fois sur l'artère rénale droite, et 2 fois sur l'artère rénale gauche.
- le diagnostic a toujours été affirmé lors de l'examen histologique qui montrait que le clivage siégeait le plus souvent dans la portion sous adventitielle de la média.

La média était modérément épaissie et les fibres élastiques apparaissaient fréquemment rompues.

Dans un cas, existait une fibrose périmurale.

~ L.J. Mc CORMACK

L'auteur rapporte une série de 51 cas d'artères rénales pathologiques responsables d'Hypertension artérielle par phénomène de Goldblatt et traitées chirurgicalement. Les différentes lésions responsables de sténose se répartissent de la façon suivante :

~ Lésion athéroscléreuse	= 17
~ Lésion de fibrose murale	= 12
~ Thrombose idiopathique	= 7
~ Hyperplasie fibromusculaire	= 7
~ <u>Anévrysme disséquant</u>	= 2
~ Sténose idiopathique	= 4

Ces 2 Anévrysmes disséquants ont été observés chez des hommes, l'un âgé de 20 ans et l'autre de 60 ans.

Dans l'un des cas, les auteurs ont pu mettre en évidence un orifice d'entrée à partir duquel, le clivage se serait effectué vers l'amont et vers l'aval de l'artère.

Aucun facteur étiologique n'a pu être mis en évidence dans ces deux cas.

ANEVRYSMES DISSEQUANTS DES ARTERES CORONAIRES

Références bibliographiques : 1 - 3 - 10 - 17 - 31 - 39 - 44 - 53 - 57 -
59 - 67 - 71 - 76 - 83 - 97 - 98 - 104 -
106 - 120 - 125 - 129 - 131

Nous avons pu consulter 23 Observations d'Anévrysmes disséquants primitifs des artères coronaires.

L'extension aux coronaires des anévrysmes disséquants de l'aorte est une éventualité possible (WAINWRIGHT) mais rare ; la plupart des auteurs s'accorde à expliquer cette rareté par le fait que la majorité des Anévrysmes disséquants aortiques naissent en aval des ostia-coronaires et que les clivages à contre courant sont exceptionnels. Un certain nombre de points particuliers méritent d'être notés, tant sur le plan clinique que sur le plan Anatomic Pathologique.

La majorité des sujets étaient des femmes jeunes = on note en effet 15 femmes pour seulement 8 Hommes. L'âge moyen des sujets était de 43 ans avec des extrêmes de 21 et 63 ans. La pathologie acquise des coronaires chez la femme jeune est suffisamment exceptionnelle pour que ce fait puisse être souligné.

Par ailleurs, 6 de ces 15 cas sont survenus au cours de la puerperalité. Or on sait que les Anévrysmes disséquants de l'Aorte, la constitution ou la rupture d'Anévrysmes vrais est particulièrement fréquente dans cette phase de la vie génitale .(MANDEL)

L'observation de IGLAUER et Coll. est à cet égard significative = une femme de 38 ans décède d'Anévrysme disséquant de la coronaire droite ; 6 ans auparavant, elle avait présenté une hémorragie méningée au 10ème jour du post partum ; en rapport avec la rupture d'un Anévrysme sacciforme de la carotide interne droite.

A l'origine de ces lésions artérielles du post partum, les auteurs évoquent la possibilité d'une dépolymérisation de la Substance fondamentale du tissu conjonctif, sous l'influence de l'Imprégnation hormonale.

La Symptomatologie clinique des Anévrysmes disséquants des artères coronaires est celle d'un infarctus du myocarde, lié à l'obstruction de la coronaire lésée. Les données électrocardiographiques, les dosages enzymatiques et les constatations anatomo-Pathologiques sont celles de tout infarctus myocardique.

Sur le plan Anatomique, les 25 observations se répartissent comme suit :

... Coronaire droite et/ou ses branches = 4 cas

... Coronaire gauche et/ou ses branches = 19 cas

dont 16 cas d'Anévrysme disséquant primitif de l'Artère interventriculaire antérieure.

Une telle lésion est parfois très limitée ; c'est ainsi que 7 fois elle s'étend sur moins de 2 cms de long (4millimètres dans l'observation de GLENDY et Coll.). L'extension est mal précisée dans

10 Observations. Le siège du clivage est variable mais il existe néanmoins une nette prédominance pour la jonction média-lame élastique externe (11 cas) alors qu'il n'existe qu'une observation où il se produit à la jonction média-lame élastique interne et 5 où le clivage siège dans l'épaisseur de la média. Le siège précis du clivage n'est pas précisé dans 6 Observations.

L'étude histologique de la paroi artérielle permettait de noter une dernière particularité = dans 10 cas, toujours chez des femmes jeunes et 5 fois au cours de la puerperalité ; les auteurs notent un infiltrat inflammatoire adventitial, d'importance variable, de type subaigu, mais contenant toujours un nombre important de Polynucléaires eosinophiles. Cette lésion ne saurait être mise sur le compte de la dissection elle-même auquel cas elle ne serait qu'un phénomène réactionnel : on admet en effet que les infiltrats de type subaigu nécessitent plusieurs jours pour se constituer ce qui ne cadre pas avec le fait que la majorité des malades soient décédés de mort brutale et immédiate. Cet infiltrat inflammatoire adventitial paraît donc devoir être considéré comme la traduction morphologique d'un facteur étiologique dont la nature exacte reste à préciser.

RESUME des OBSERVATIONS

- PRETTY H.C.

CLINIQUE. : Une femme de 42 ans, sans antécédent notable décède subitement, au cours d'un effort de vomissement lui-même secondaire à une intoxication alimentaire banale.

ANA. PATH. : - Hémopéricarde

- Athérosclérose coronarienne évidente

- Anévrysme disséquant de la coronaire droite, rompu dans le péricarde.

Pas d'étude histologique.

- UEHLINGER E.

Cas n° 1

CLINIQUE. : Un homme de 46 ans ressent une brutale douleur précordiale et décède 5 jours après un exercice physique intense, au froid (service militaire).

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant, de 5 mm de long, situé à la portion moyenne de l' Artère interventriculaire antérieure, obturant la lumière. Il existe une thrombose de 2 cms immédiatement en amont de l'obstacle. Pas d'orifice d'entrée. Aucun signe d'infarctus n'a eu le temps d'apparaître.

Cas n° 2

CLINIQUE. : Un homme de 45 ans, à la suite d'un exercice physique intense (service militaire) présente un tableau clinique d'infarctus myocardique et décède.

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant de l' Artère interventriculaire antérieure obturant complètement la lumière. Il existe un orifice d'entrée. Infarctus myocardique antérieur étendu. Il existe un thrombus mural dans le ventricule gauche ; une embolie de l'artère sylvienne gauche a provoqué un ramollissement cérébral.

- GLENDY R.E. et coll.

CLINIQUE. : Un homme de 51 ans souffrait d'insuffisance cardiaque depuis 10 ans. Il succombe lors d'une poussée d'asystolie.
ANA. PATH. : Anevrysme disséquant de l'Artère interventriculaire antérieure, sur une longueur de 4 mm.
Thrombose auriculaire et ventriculaire gauche.
Glomerulonéphrite subaiguë.

- HEDINGER P.F.

CLINIQUE : Un homme de 53 ans reçoit un coup de pied de cheval qui lui fracture le sternum et 2 cartilages costaux. Il apparaît un frottement péricardique et le malade meurt subitement.
ANA. PATH. : Anévrysme disséquant de l'Artère interventriculaire antérieure, long de 5 mm, avec un orifice d'entrée situé près de l'origine de l'artère. Contusion et infarctus myocardique antérieur.
Hémopéricarde secondaire à la rupture de l'infarctus.

- LOVITT W.V. and CORZINE W.J.

CLINIQUE : Une femme de 39 ans poursuit une 5ème grossesse sans inconvénient et accouche à terme d'une fille en bonne santé.

Au 14ème jour du post partum apparaît une crise douloureuse rétrosternale accompagnée de dyspnée et de cyanose. La malade décède pendant son transport à l'hôpital.

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant de la Coronaire gauche, étendu à l'artère interventriculaire antérieure et aux autres branches.

Le clivage s'est produit entre la média et la .L.E.E. La lumière vasculaire est collabée.

L'intima était irrégulièrement épaissie. Il existe des plages de dégénérescence mucoïde et la média.

- AHRONHEIM et WAGMAN

CLINIQUE. : Une femme de 41 ans, sans antécédents notables, présente une douleur thoracique, irradiant bientôt au bras gauche et décède subitement.

ANA. PATH. - Anévrysme disséquant de l' Artère interventriculaire postérieure. Le clivage s'est effectué entre la média et l'adventice. La lumière vasculaire est réduite au 1/3 de sa surface initiale.

L'intima est discrètement épaissie mais il n'y a pas d'Athérome. L'adventice est infiltrée de polynucléaires eosinophiles, de plasmocytes de lymphocytes, d'histiocytes et de quelques polynucléaires neutrophiles. L'intima et la média ne sont pas envahies par cet infiltrat inflammatoire.

- BOSCHETTI et LEVINE

CLINIQUE. : Une femme de 41 ans, sans antécédents particuliers, est hospitalisée pour Infarctus du myocarde antéro-latéral. Elle est traitée par les anticoagulants mais le 3ème jour les douleurs réapparaissent et l'E.C.G. montre une extension septale. Rapidement la malade développe un oedème pulmonaire incontrôlable et décède.

ANA. PATH. - Oedème pulmonaire et hydrothorax bilatéral.

- Anévrysme disséquant de la Coronaire gauche étendu à l'origine de la circonflexe gauche et à l'interventriculaire antérieure. Le clivage s'est effectué dans la média, à la jonction 2/3 internes - 1/3 externe. La lumière vasculaire est collabée, responsable de l'infarctus myocardique antéro-latéral et septal.

La média contient des plages homogènes, nettement P A S positives interprétée comme une média nécrose. L'adventice est infiltrée de nombreux polynucléaires eosinophiles, histiocytes, de lymphocytes, de plasmocytes et de rares polynucléaires neutrophiles.

Les auteurs rapportent en outre 3 cas de Média nécrose de l'artère coronaire, sans Anévrysme disséquant.

- SCHORNAGEL H.E.

CLINIQUE. : Un homme de 39 ans, débile mental, traité pour une dilatation des bronches à forme hémoptoïque meurt subitement

ANA. PATH. - Lithiase urétérale droite avec hydronéphrose.

- A 1 cm de l'origine de l' Artère interventriculaire antérieure, existe un anévrysme disséquant de 3,5 cms de long. Le clivage s'est effectué entre Média et L.E.E. Il existait un orifice d'entrée.

La .L.E.I. était fréquemment rompue, et la média était discrètement fibreuse.

- WELLS A.L.

CLINIQUE. : Une femme de 42 ans, ressent une brutale douleur thoracique avec vomissements, 6 semaines après un accouchement normal. Décès en quelques heures.

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant de l' Artère interventriculaire antérieure =

- Près de l'ostium, existait un orifice d'entrée et un hématome intra médial sous jacent en voie d'organisation, contenant de nombreux polynucléaires eosinophiles, ainsi que le tissu péri adventitial.
- Une seconde dissection est apparue dans ce tissu de granulation, clivant la paroi entre média et L.E.E., et obturant la lumière.

Il n'a été noté ni athérome ni média nécrose.

- IGLAUER A.

CLINIQUE. : Une femme de 38 ans est hospitalisée pour crise douloureuse rétrosternale, irradiant dans le dos et les deux bras, s'accompagnant de collapsus. Le diagnostic d'infarctus du myocarde est porté sur les données de l'E.C.G. et confirmé par le taux élevé des transaminases.

Mort subite au 11ème jour.

La malade était par ailleurs porteuse d'un petit anévrysme sac-ciforme de la carotide interne droite qui avait entraîné une hémorragie méningée au 10ème jour du post-partum, 6 ans auparavant.

ANA. PATH. : - Infarctus myocardique antéro-septal

- Oblitération de la coronaire droite, dès l'ostium.

Il s'agit en fait d'un anévrysme disséquant, éclivant la paroi entre média et L.E.E., et oblitérant la lumière. Cet anévrysme disséquant est en voie d'organisation.

Il existe un infiltrat inflammatoire péri-adventitial, riche en lymphocytes et en polynucléaires eosinophiles.

Pas ou peu de lésions athéromateuses sur le reste du système cardio-vasculaire.

- FOORD et LEWIS (cas n° 8)

CLINIQUE. : un homme de 63 ans, atteint de glomérulo-néphrite hypertensive (24-13), développe une dyspnée sévère avec cyanose et meurt subitement 5 jours plus tard. Aucune douleur thoracique.

ANA. PATH. Anévrysme disséquant, étendu sur 8 mm, de la portion moyennée de l'artère interventriculaire antérieure. Le clivage s'est effectué entre média et L.E.E., collabant complètement la lumière primitive. Il existe un infarctus antérieur et apical étendu, rompu dans le péricarde.

- KURREIN F.

cas n° 1

CLINIQUE. : Une femme de 39 ans, sans antécédent pathologique particulier meurt subitement.

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant de la circonflexe gauche. Le clivage s'est produit au milieu de la Média.

L'intima est discrètement épaissie et la L.E.I. est un peu irrégulière.

Pas d'athérome ni de média nécrose.

Le tissu péri adventitial contient de nombreuses eosinophiles, des lymphocytes et quelques plasmocytes.

cas n° 2

CLINIQUE. : Une femme de 51 ans présentant des crises de "palpitations" depuis quelques jours, est trouvée morte dans son lit.

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant de l' Artère interventriculaire antérieure clivant la paroi entre la média et la L.E.I. Pas d'athérome ni d'orifice d'entrée.

Pas d'anomalie de la paroi artérielle mais le tissu péri adventitial est intensément infiltré de polynucléaires eosinophiles.

- BRODY G.L. et Coll.

cas n° 1

CLINIQUE. : une femme de 35 ans décède subitement 6 semaines après un accouchement normal.

ANA. PATH. Anévrysme disséquant de l' Artère interventriculaire antérieure, débutant 1 cm après son origine et s'étendant sur une longueur de 2 cms. Le clivage s'est effectué entre la média et la L.E.E. Il existe un infiltrat inflammatoire adventitial à polynucléaires neutrophiles, eosinophiles, et à mononucléaires. Le coeur est normal. Il n'y a pas d'infarctus.

Cas n° 2

CLINIQUE. : Une femme de 40 ans décède rapidement au cours d'une crise douloureuse thoracique, 2 semaines et 1/2 après un accouchement normal.

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant de l' Artère interventriculaire antérieure.

Il existe plusieurs zones d'hémorragie intra médial confluentes, atteignant tantôt l'intima, tantôt l'adventice. Nombreuses plages d'éléments inflammatoires adventitiels, de type subaigu. Dans certaines zones, les hématies sont lysées alors que dans d'autres, elles sont intactes : il n'y a alors que peu ou pas d'infiltrat inflammatoire.

Important infarctus antéro septal histologiquement plus ancien que l'épisode douloureux et la mort subite n'aurait pu le faire penser.

Cas n° 3

CLINIQUE. : Une femme de 36 ans, meurt subitement au 19ème jour de post partum.

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant de l' Interventriculaire antérieure, débutant 2 cms après l'origine de l'artère et étendu jusqu'à l'apex. La lumière artérielle est occluse mais il n'y a pas d'infarctus. Discrèt infiltrat inflammatoire adventitiel à polynucléaires neutrophiles et eosinophiles.

Cas n° 4

CLINIQUE. : Une femme de 41 ans décède subitement 80 jours après un accouchement normal.

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant de l' Artère interventriculaire antérieure débutant à 4 mm de l'origine de cette artère, et s'étendant sur 3 cms. L'hémorragie intra-médial est contenue par une L.E.E. très tendue.

Important infiltrat inflammatoire adventitiel contenant de nombreuses eosinophiles et quelques plasmocytes et histiocytes. Ailleurs l'infiltrat contenait de nombreux polynucléaires.

Cas n° 5

CLINIQUE. : Une femme de 49 ans, meurt 7 jours après une segmentectomie du lobe inférieur gauche, pour emphysème.

ANA. PATH. : Infarctus myocardique datant d'environ 1 semaine d'après les constatations histologiques.

ANA. PATH. - (suite)

Multiples hémorragies intra médial récentes de l' Artère inter-ventriculaire antérieure, obturant la lumière. Cet "anévrisme disséquant" paraît plus récent que l'infarctus. Il n'existe pas d'infiltrat inflammatoire péri adventitial.

- NALBANDIAN et CHASON

cas n° 1

CLINIQUE. : Une femme de 38 ans décède subitement après une brève crise douloureuse des 2 bras.

ANA. PATH. : Anévrisme disséquant de l' Artère interventriculaire antérieure.

Le clivage s'est effectué au niveau du 1/3 externe de la média, occluant partiellement la lumière de l'artère.

L'intima est discrètement épaissie. Il n'y a pas d'infiltrat inflammatoire adventitial ni de média nécrose.

cas n° 2

CLINIQUE. : Une femme de 60 ans est trouvée morte au pied de son lit.

ANA. PATH. : Athérosclérose généralisée d'importance modérée
Anévrisme disséquant de l' Artère interventriculaire antérieure.

Le clivage s'est effectué à la jonction média - L.E.E., occluant partiellement la lumière.

- MCKEOWN F.

CLINIQUE. : Un homme de 21 ans, porteur d'une arachnodactylie ressent une violente douleur thoracique gauche, irradiant au bras gauche et décède le 3ème jour d'un collapsus irréversible.

ANA. PATH. : Anévrisme disséquant thrombosé de la coronaire droite . Le clivage s'est effectué à la jonction Média-L.E.E. L'intima était discrètement épaissi et fibreux.

Le clivage s'étendait sur 2 cms et la média apparaissait pauvre en fibres musculaires et riche en tissu conjonctif.

Infarctus myocardique postérieur du ventricule gauche, rompu dans l'oreillette droite.

- RALSTON L.S. et WASDAHL W.A.

CLINIQUE. : Un homme de 51 ans, sourd-muet, meurt subitement après un épisode de crise douloureuse abdominale avec nausée et vomissements.

ANA. PATH. : - Anévrysme disséquant de l' Artère interventriculaire antérieure, débutant à 3 cms, de son origine et s'étendant sur 2 centimètres, obturant la lumière. Infarctus myocardique antéro-septal datant de 2 semaines environ alors que la lésion artérielle est récente.

- Anévrysme disséquant de l' Artère mésentérique supérieure, étendu sur 3 cms de longueur à partir de l'origine de l'artère. Absence d'infarctus mésentérique.

- Anévrysme disséquant de l' Artère rénale gauche, débutant à l'origine de l'artère et s'étendant aux principales branches de bifurcation.

Le rein ne contient pas de territoire infarcis.

Dans ces 3 cas, le clivage s'est effectué à la jonction média-L.E.E. La paroi était par ailleurs normale. Au niveau de l'artère rénale il existait manifestement un hématome disséquant en voie d'organisation et une dissection plus récente.

ANEVRYSMES DISSEQUANTS DES ARTERES PULMONAIRES

Références bibliographiques : 8 - 27 - 32 - 33 - 38 - 39 - 45 - 48 - 56 -
63 - 72 - 91 - 92 - 100 - 123 - 128

Nous avons pu consulter 12 Observations d'Anévrysmes disséquants des artères pulmonaires qui se répartissent à peu près également entre les deux sexes = 7 hommes et 5 femmes.

L'âge moyen est de 35 ans, avec des extrêmes de 26 jours et 70 ans. La symptomatologie clinique est variable mais s'exprime fréquemment par une crise douloureuse thoracique avec dyspnée et cyanose. Un facteur commun est apparu constant = l'Hypertention Artérielle Pulmonaire qu'elle qu'en soit la cause : scléroses pulmonaires, tronc commun artériel, rétrécissement mitral ou surtout canal artériel (5cas).

Histologiquement, le clivage s'est produit le plus souvent à la jonction média-lame élastique externe. La média était fréquemment le siège d'une média-nécrose de GZELL-ERDHEIM.

Au total, les anévrysmes disséquants des artères pulmonaires se rapprochent beaucoup des anévrysmes disséquants aortiques = il s'agit d'artères élastiques dans les deux cas, la symptomatologie clinique est fréquemment superposable, et la média-nécrose paraît être le substratum histologique commun.

ANEVRYSME DISSEQUANT DES ARTERES PULMONAIRES

- WALSHE W.H. (1862)

Un homme de 21 ans, porteur d'une hypertension artérielle pulmonaire évidente mais dont la cause n'est pas connue décède d'une rupture dans le péricarde d'un Anévrysme disséquant du Tronc de l'artère pulmonaire.

- DUFFIELD J.F. (1882)

Un homme de 50 ans, porteur d'une Hypertension artérielle pulmonaire secondaire a un emphysème, décède d'insuffisance cardiaque.

La nécropsie découvre un anévrysme disséquant de l'Artère Pulmonaire droite.

- DURNO L. and BROWN W.L. (1908-)

Un homme de 33 ans, porteur d'une hypertension artérielle pulmonaire secondaire à un canal artériel décède subitement La nécropsie montre un anévrysme disséquant du Tronc de l'artère pulmonaire, rompu dans le péricarde. L'orifice d'entrée a pu être retrouvé.

- CRUMPTON H.

CLINIQUE. Un jeune homme de 19 ans, porteur d'une cardiopathie congénitale cyanogène ressent une brutale douleur thoracique s'accompagnant de dyspnée, et décède en quelques heures.

ANA. PATH. Large anévrysme disséquant du Tronc de l'artère Pulmonaire, étendu a ses branches. Il existe un orifice d'entrée. L'artère est rompue dans le médiastin et les poumons. Large tronc commun artériel avec shunt artério veineux.

- ODINOKOVA V.A.

CLINIQUE. : Une femme de 43 ans, porteuse d'une hypertension artérielle pulmonaire par rétrécissement mitral rhumatismal ressent une violente douleur thoracique, irradiant au bras gauche, avec dyspnée et cyanose. La malade est traitée comme une embolie pulmonaire mais décède au 2ème jour.

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant du Tronc de l'artère pulmonaire, rompu dans le péricarde.

- FOORD et LEWIS

cas n° 14

CLINIQUE. : Une jeune femme de 26 ans, porteuse d'une hypertension artérielle pulmonaire secondaire à un canal artériel ressent une brutale douleur rétrosternale avec état de choc et décède en une demi-heure.

ANA. PATH. : Anévrysme disséquant du Tronc de l'artère pulmonaire et de sa branche droite rompu dans le médiastin. L'artère pulmonaire est par ailleurs dilatée et athéroscléreuse. Il existe un large orifice d'entrée.

- cas n° 15

CLINIQUE. : Un homme de 70 ans, porteur d'une tuberculose pulmonaire bilatérale, avec pleurésie gauche, accentuée dyspnée et cyanose dans les dernières semaines.

ANA. PATH. : - Tuberculose pulmonaire bilatérale, active et fibrosante, avec caverne du sommet droit - emphysème diffus.

- Pleurésie gauche et bronchopneumonie du lobe inférieur droit.

- Anévrysme disséquant d'un cm de long de l'Artère scissurale du lobe supérieur
L'orifice d'entrée n'a pas été retrouvé.

- LEVY H.

CLINIQUE. : Une jeune femme de 27 ans est hospitalisée pour dyspnée et oedème des membres inférieurs. La malade était porteuse d'une sténose mitrale rhumatismale qui s'était déjà compliquée d'oedème pulmonaire et d'hémoptysie. L'échec du traitement médical fait tenter une valvulotomie, mais la malade décède d'insuffisance respiratoire au fin d'intervention.

ANA. PATH. : Sténose mitrale avec dilatation des cavités droites et athérosclérose pulmonaire

Anévrysme disséquant du Tronc et de la Branche droite de l'artère pulmonaire, débutant 2 cms au dessus des valvules et s'étendant sur 11 cms. Il existe un orifice d'entrée.

L'examen histologique de la paroi a montré une média nécrose manifeste ; l'aorte est dépourvue de lésions.

- BEST J.

CLINIQUE. Une femme de 24 ans, porteuse d'une hypertension artérielle pulmonaire confirmée par cathétérisme est hospitalisée pour douleur thoracique avec état de choc et cyanose ; décède en 24 heures.

On la savait porteuse d'un anévrysme de l'artère cérébrale antérieure et d'une coarctation de l'aorte.

ANA. PATH. - Canal artériel

- Coarctation de l'aorte, 1,5 cms en aval du canal artériel.

- Anévrysme disséquant du Tronc de l'artère pulmonaire, rompu dans le péricarde. L'orifice d'entrée est large. Le ventricule droit est considérablement hypertrophié.

L'examen histologique a montré la présence d'une substance mucoïde bleu alcian positive associée à des ruptures de fibres élastiques, qui permettent d'affirmer la média-nécrose.

- RAVINES H.T.

CLINIQUE. Une femme de 36 ans est hospitalisée pour dysphée et polyglobulie au cours d'une cardiopathie congénitale. Le cathétérisme affirme l'existence d'un canal artériel avec hypertension artérielle pulmonaire (90 mm Hg). Une intervention est pratiquée et après ligature du canal artériel à pression artérielle pulmonaire tombe à 40 mm Hg. Mais progressivement la pression augmente dans les cavités droites, pour atteindre 150 mm Hg et la malade décède le 4ème jour du post opératoire.

ANA. PATH. - Hypertrophie dilatation des cavités droites.

- Plusieurs grosses branches des artères pulmonaires droites et gauches étaient le siège d'anévrysmes disséquants obturant plus ou moins la lumière.

Une étude histologique très complète a permis les constatations suivantes :

- l'aorte est modérément athéromateuse, sans média nécrose
- les artères pulmonaires élastiques sont nettement athéromateuses et sont le siège d'une média nécrose (accumulation en petits kystes d'un matériel bleu alcian positif. Disparition et fragmentation des fibres élastiques). Les petites artères musculaires pulmonaires ont une intima très épaisse, obturant la lumière.
- le clivage des anévrysmes disséquants s'est effectué tantôt au milieu de la média, tantôt à la jonction média-adventice.

Certains orifices d'entrée ont été retrouvés.

- KAPINCI Y.

CLINIQUE. Un nouveau-né de 26 jours, après un ictère néo-natal par incompatibilité rhésus, décède dans un tableau d'insuffisance cardio-respiratoire.

ANA. PATH. - Rein en fer à cheval - syndactylie des 2ème et 3ème orteils - cryptorchidie bilatérale.

- Persistance d'un large canal artériel
- Hypertrophie - Dilatation des cavités droites
- Endofibrose oblitérantes des artères musculaires pulmonaires.

- Multiples anévrysmes disséquants des artères élastiques intra-pulmonaires.

Importantes lésions de média-nécrose de tout l'arbre artériel pulmonaire.

- GOG B.

CLINIQUE. Un homme de 73 ans, diabétique, normotendu atteint d'artérite des membres inférieurs, est hospitalisé pour toux et cyanose.

L'examen perçoit des râles des 2 bases, avec à la radio un thorax chargé et un diaphragme peu mobile.

Le malade décède brutalement le 4ème jour.

ANA. PATH. - Tuberculose caseuse d'uné adénopathie hilare.

- Séquelles de plusieurs embolies pulmonaires.
- Adénocarcinome du sommet droit avec métastases myocardiques et hilaires rénales gauches.
- Artériosclérose généralisée.
- Anévrysme disséquant rompu de l'Artère Pulmonaire.

Le clivage s'est produit entre média et adventice. Il existait un orifice d'entrée. La média était le siège d'une média nécrose importante, qui n'était pas retrouvée sur l'aorte.

ANEVRYSMES DISSEQUANTS des ARTERES CAROTIDES et
VERTEBRALES EXTRACRANIENNES.

Références bibliographiques : 2 - 4 - 11 - 13 - 14 - 16 - 26 - 38 - 39 - 49 -
62 - 68 - 90 - 112

De ce groupe assez inhomogène nous avons pu consulter 12 observations qui se répartissent ainsi :

- carotide interne	=	6
- carotide primitive	=	5
- Tronc brachio-céphalique	=	1
- Artères vertébrales	=	2

soit un total de 14 artères lésées pour 12 Observations.

Il n'est pas possible d'individualiser le tableau clinique univoque étant donné l'hétérogénéité de ce cadre. Par contre, un facteur étiologique se dégage nettement de l'analyse des observations : le traumatisme. Une telle étiologie est invoquée en effet dans 4 observations ; deux fois, ce traumatisme consistait en une ponction artérielle pour artériographie.

Le siège du clivage reste imprécis dans 3 cas , 5 fois il se produisit au milieu de la média et 4 fois à la jonction média-lame élastique externe.

Les altérations de la média n'étaient nettes que dans l'observation de AUSTIN et SCHAEFFER où fut notée une média-nécrose évidente qui entraînait bien dans le cadre de la maladie de MARFAN dont était atteinte la malade.

- AUSTIN M.G. and SCHAEFFER.

CLINIQUE. Un homme de 25 ans est hospitalisé pour état maniaque. On ne note pas de syndrome de Marfan parmi la famille mais le malade est de grande taille (1,91m) avec arachnodactylie, palais ogival, cyphoscoliose, myopie sévère. Le malade a présenté de nombreuses luxations et une fissure palatine. A l'examen, les pouls ne sont pas retrouvés au membre supérieur droit et au niveau de la carotide droite.

Décès en 3 jours par enfoncement progressif (?)

ANA. PATH. Dilatation de la portion initiale de l'aorte ascendante.

Anévrysme disséquant du Tronc brachio céphalique et de la Carotide primitive droite, mais la sous-clavière était intacte. La lumière artérielle était réduite au 1/4 de sa surface initiale au niveau du Tronc brachio céphalique, tandis que l'occlusion était complète au niveau de la carotide primitive. Le clivage s'est effectué dans la Média.

Anévrysme disséquant de la Carotide primitive gauche débutant à 3 cms de l'origine de l'artère et de 2 cms de long. La lumière primitive était partiellement occluse.

L'aorte de la carotide primitive droite étaient le siège de lésions de média-nécrose.

- NORTHCROFT G.B. et MORGAN A.D.

CLINIQUE. Un homme de 31 ans est étranglé par une corde traînant d'un véhicule. Rapidement apparaissent une amnésie antérograde, puis une désorientation et enfin, à la 48ème heure, un coma carus avec hémiplegie droite. Le malade est adressé en neuro-chirurgie avec le diagnostic d'hématome extra dural. L'intervention montra un cerveau normal et le décès se produisit 24 heures après.

ANA. PATH. Anévrysme disséquant de la Carotide interne, se compliquant de thrombose extensive en aval et en amont. Il existe un orifice d'entrée. Ramollissement cérébral de l'hémisphère cérébral gauche.

Le clivage s'est fait à la jonction 2/3 internes - 1/3 externe de la média. La paroi artérielle n'est le siège d'aucune lésion préexistante au traumatisme.

- DE GROOT.

CLINIQUE. Un homme de 50 ans souffre depuis 4 semaines de céphalées et de troubles du comportement.

Examen clinique : sclérose vasculaire généralisée - stase papillaire bilatérale - parésie faciale gauche

Radio du crâne : normales - E.E.G. = ondes lentes hémisphériques droites.

Artériographie carotidienne droite : occlusion de la carotide droite. Le produit de contraste reflue dans la sous clavière.

Ventriculographie occipitale = image typique de tumeur frontale droite.

Le malade est opéré d'un glioblastome mais décède 3 jours après.

ANA. PATH. Anévrisme disséquant, de la Carotide droite étendu sur 7 cms. L'orifice d'entrée est retrouvé.

Absence d'examen histologique.

- FOORD et LEWIS (cas n° 16)

CLINIQUE ; Une femme de 54 ans, hypertendue ancienne, présentait une symptomatologie évocatrice de tumeur cérébrale. L'artériographie carotidienne montre une opacification défectueuse des artères cérébrales. Rapidement la malade tombe dans le coma et décède quelques heures après l'artériographie.

ANA. PATH. Anévrisme disséquant de toute la longueur de la carotide primitive, étendu au-dessus et au-dessous du point de ponction.

Artériosclérose généralisée - Ramollissement cérébral gauche.

- BOYD et WATSON (cas n° 1)

CLINIQUE. Un homme de 42 ans a le thorax et le côté droit du cou écrasé. En quelques heures apparaît un coma avec hémiparésie gauche. Le diagnostic de thrombose de la carotide gauche est porté et le malade décède en 3 jours.

ANA. PATH. Anévrisme disséquant de la carotide primitive. L'orifice est retrouvé. Le clivage s'est effectué dans la média.

L'anévrisme disséquant est surmonté d'une thrombose des carotides internes et externes. L'hémisphère cérébral droit est le siège d'un ramollissement.

- SIROIS et Coll.

cas n° 1

CLINIQUE. Un homme de 50 ans se plaint de céphalées avec aplasie et hémiparésie droite.

Une artériographie carotidienne est pratiquée par ponction directe. Le malade décède le lendemain.

ANA. PATH. - Volumineux spongioblastome temporal gauche.

- "Anévrysme disséquant", 1 cm de long; situé au point de ponction sur la carotide primitive gauche. La lumière artérielle est occluse car l'anévrysme disséquant se comportait comme une valve placée à contre courant.

- BOSTRÖM K. et LILIEQUIST B.

cas n° 1

CLINIQUE. Un homme de 53 ans, sans antécédents, présente céphalée, nausée et vomissement. Il est hospitalisé le 3ème jour et l'on note une H.T.A. à 24/14, une discrète hémiplégie gauche. Le F.O. est au stade IV et le L.C.R. hémorragique. Une artériographie carotidienne bilatérale révèle un processus expansif du côté droit et une image suspecte de la carotide interne droite. Après un mois de traitement, l'amélioration clinique fait pratiquer une artériographie carotidienne de contrôle, qui montre une aggravation de l'anomalie carotidienne. L'intervention est refusée.

Le patient est réhospitalisé un mois plus tard pour hémiplégie gauche sévère avec H.T.A. (28/14) ; il décède 2 jours plus tard.

ANA. PATH. - Hémorragie cérébrale frontale droite

- "Anévrysme disséquant de la carotide interne, situé à 3 cms de la base du crâne, de 1,5 cms de long. L'orifice d'entrée est retrouvé. Le clivage s'est effectué entre média et L.E.E. obturant la moitié de la lumière. Le sang coagulé dans cette poche est en voie d'organisation.

L'étude de la paroi artérielle montrait une dégénérescence de la média (fibrose - nécrose des cellules musculaires - destruction du tissu élastique).

- cas n° 2

CLINIQUE. - Un homme de 70 ans, dément sénile, hypertendu et insuffisant cardiaque est hospitalisé pour hémiparésie droite et poussée d'insuffisance cardiaque. Il décède 3 mois plus tard après une détérioration progressive de l'état général.

ANA. PATH. Anévrysme disséquant de la carotide interne, situé quelques centimètres en-dessous de la base du crâne, d'1 cm de long, obturant la moitié de la lumière artérielle. Le clivage s'est effectué au milieu de la média. L'étude de la paroi montrait des signes de dégénérescence de la Média.

Par ailleurs l'artère vertébrale droite était thrombosée.

- cas n° 3

CLINIQUE. Une femme de 56 ans est hospitalisée pour fièvre et douleur abdominale. Une H.T.A. a été constatée précédemment à l'occasion d'une hospitalisation pour cholecystite aiguë. Elle est opérée d'une appendicite gangréneuse perforée mais décède rapidement d'une insuffisance rénale aiguë. Il ne fut noté aucun signe neurologique.

ANA. PATH. - Abscès péri caecal - Péritonite diffuse.

- Anévrysme disséquant des 2 Artères vertébrales, entre C2 et C4, sur 2 à 3 cms de long. Il n'y a pas de thrombose. La lumière est obturée de moitié. Le clivage s'est effectué entre Média et L.E.E.

- Anévrysme disséquant des 2 artères rénales, débutant avant le hile et s'étendant aux artères interlobaires.

Les reins contenaient de multiples petits infarctus.

Le clivage s'est fait entre média et L.E.E.

L'étude des parois des artères disséquées a montré des destructions de fibres élastiques et de fibres musculaires sans apparition de substance métachromatique.

- BRICE J.G. et CROMPTON MR..

cas n° 1

CLINIQUE. Une femme de 40 ans se plaignant de céphalées depuis 12 heures développe rapidement une hémiplégie droite avec aphasie. Elle décède au bout de 2 jours. L'artériographie avait montré une oblitération complète de la carotide interne gauche.

ANA. PATH. - Anévrysme disséquant de la Carotide interne débutant 1 cm après l'origine de l'artère et s'étendant jusqu'à la base du crâne. Un orifice d'entrée a été retrouvé. Le point de ponction pour artériographie était retrouvé 4 cms en-dessous de l'origine de la dissection. Le clivage s'est effectué entre Média et L.E.E. La paroi artérielle était le siège d'une média nécrose ainsi que l'aorte.

cas n° 2

CLINIQUE. Un homme de 35 ans, normotendu, se plaint de céphalées et 12 heures plus tard sombre dans un coma profond avec hémiplégie gauche. L'artériographie révèle une sténose sévère de la carotide interne. Le malade décède avant toute tentative thérapeutique.

ANA. PATH. - Athérome discret
- Anévrysme disséquant de la Carotide interne, de 1,5 cm de long. Le clivage s'est effectué entre Média et L.E.E. L'étude de la paroi a montré l'existence d'une média-nécrose, retrouvée aussi au niveau de l'aorte.

- Thrombose de l'artère sylvienne ayant entraîné un ramollissement cérébral.

cas n° 3

CLINIQUE. Une femme de 38 ans se plaint de céphalées et est hospitalisée 2 jours plus tard pour coma avec hémiplégie droite. L'artériographie carotidienne montre une sténose irrégulière ; la malade décède rapidement.

ANA. PATH. - Anévrysme disséquant de la Carotide interne, débutant 2,5 cms après son origine et s'étendant à la base du crâne. Cette anévrysme disséquant était surmonté d'une thrombose qui s'étendait à l'artère sylvienne.

Le clivage s'est effectué à la partie externe de la média. Il existait une média nécrose des 2 carotides internes, de l'aorte thoracique et des artères rénales.

ANEVRYSMES DISSEQUANTS des ARTERES INTRACRANIENNES

Références bibliographiques - 9 - 30 - 51 - 58 - 79 - 87 - 89 - 95 - 99
101 - 105 - 107 - 111 - 114 - 115 - 116 - 118
121 - 126 - 130 - 133

17 Observations ont pu être consultées, sur les 21 références retrouvées dans la littérature. Ces observations concernent huit hommes et six femmes dont l'âge moyen est de 33 ans avec des extrêmes de 15 et 47 ans.

Ces anévrysmes disséquants ont pris naissance :

- ... 9 fois au niveau de l'artère sylvienne
- ... 4 fois au niveau du tronc basilaire
- ... 3 fois au niveau d'une artère vertébrale
- ... 1 fois au niveau de la carotide intracrânienne.

Cliniquement, ces lésions peuvent revêtir le masque de n'importe quelle affection vasculaire cérébrale. Elles peuvent d'ailleurs coexister avec d'autres lésions vasculaires, telle qu'un Anévrysme vrai (BIGELOW).

Hormis les deux cas de POPPEN, que nous n'avons pu consulter directement, cas qui ont bénéficié d'un diagnostic artériographique et d'un traitement neurochirurgical, le diagnostic fut toujours le fait d'une vérification anatomique.

Histologiquement, un point mérite d'être mis en exagère le clivage s'est toujours effectué, sauf une fois (BIGELOW) à la jonction média - limitante élastique interne, alors que ce siège est exceptionnel en ce qui concerne les autres territoires artériels.

Cette localisation spéciale s'explique peut être par le fait que les artères cérébrales, normalement plus fines que les autres artères, possèdent une lame élastique interne prédominante, une média pauvre en fibres élastiques, une adventice très fine. Par ailleurs, on connaît la sensibilité de ces artères aux variations de pression.

Ces faits conduisent nombre d'auteurs à penser que de telles lésions sont peut être beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit mais ne sont pas reconnues, faute d'une étude anatomique valable et précise.

Il est à cet égard curieux de constater que FOORD et LEWIS, qui, avec 17 Observations, possèdent la statistique personnelle la plus étendue d'anévrysmes disséquants des Artères Périphériques, n'ont pas observé ces lésions au niveau des artères intra crâniennes.

- TURNBULL (d'après SCOTT et coll.)

Considérable hémorragie cérébro-méningée secondaire à la rupture d'un anévrysme disséquant de l'Artère sylvienne droite, qui était le siège d'une artérite syphilitique.

- POPPEN (d'après SCOTT et Coll.)

cas n° 1

Malade guéri après résection d'un anévrysme disséquant d'une branche de l'artère sylvienne. Le diagnostic avait été fait par artériographie.

cas n° 2

Un malade est en bonne santé 8 ans après ligature de la carotide interne pour un anévrysme disséquant de l'artère sylvienne dont le diagnostic avait été posé par l'artériographie.

- STERN K.

Un homme de 24 ans décède après 6 jours de coma survenu après une marche forcée.
L'autopsie découvre un anévrysme disséquant du Tronc basilaire, de la cérébrale postérieure et de la communicante postérieure.
Le clivage s'est effectué à la limite média - L.E.I.

- HASSIN G.B.

Un homme de 37 ans décède d'une électrocution accidentelle. L'autopsie découvre un anévrysme disséquant de plusieurs artères et en particulier du Tronc basilaire. Le clivage s'est effectué entre média et L.E.I.

- de VEER et BROWDER

Un homme de 42 ans décède 17 heures après un traumatisme cranien. L'autopsie découvre un anévrysme disséquant de l'Artère sylvienne. Le clivage s'est effectué entre Média et L.E.I.

- RAMSEY et MOSQUERA

Un homme de 47 ans souffrant de céphalées occipitales depuis 2 semaines présente un coma avec hémiparésie gauche. Le décès survient au 6ème jour. L'autopsie montre une hémorragie méningée dont la cause est la rupture d'un anévrysme disséquant de l'Artère sylvienne droite. Le clivage s'est effectué entre Média et L.E.I. La média est le siège d'une dégénérescente kystique et d'une artériosclérose sévère.

- SCHOLEFIELD B.G.

Un homme de 47 ans est hospitalisé pour céphalées sévères avec paralysie de la corde vocale droite et du voile du palais droit. Le malade décède au 15ème jour de pneumonie. La nécropsie révèle un anévrysme disséquant de l'artère vertébrale droite, s'étendant au Tronc basilaire, obturant la lumière.

- HYLAND H.H. (cas n° 2)

Un homme de 42 ans présente une brutale céphalée et une hémiplégie gauche, puis décède dans un tableau de détresse respiratoire. La nécropsie montre un anévrysme disséquant du tronc basilaire, thrombosé. La média était le siège d'une dégénérescence mucoïde.

- SZABO J.

Une femme de 35 ans, syphilitique est hospitalisée pour suspicion de tumeur cérébrale. La trépanation ne montre aucun processus expansif mais une méningite purulente apparaît dans les suites opératoires. Décès le 12ème jour. Nécropsie - anévrysme disséquant de l'artère vertébrale droite,

SZABO J. (suite)

étendue sur 18 mm de long, obturant la lumière. Thrombose de l'artère vertébrale gauche et de la carotide interne droite.

On note par ailleurs l'existence d'une aortite syphilitique.

- DRATZ H.M. et WOODHALL B.

Une femme de 21 ans, victime d'un accident de la voie publique est hospitalisée dans un tableau de coma avec hémiparésie droite. Le décès survient deux jours et demi après l'accident. La nécropsie mit en évidence un anévrysme disséquant de la portion terminale de la carotide gauche, de la sylvienne et de la cérébrale antérieure. Le clivage s'est effectué à la jonction média - L.E.I. et la lumière de ces artères était occluse.

- SINCLAIR M.D.

Une femme de 27 ans est hospitalisée pour douleur faciale droite et rétro-oculaire. Elle souffrait de migraines vraies depuis plusieurs années et avait précédemment été thyroïdectomisée pour une maladie de Hashimoto. L'examen clinique et les examens biologiques sont normaux. Rapidement apparaît une hémiparésie gauche et le décès survient en 3 jours. L'autopsie montre un Anévrysme disséquant de l'artère sylvienne, débutant 1 cm après son origine et s'étendant sur les 2 premières branches de divisions. Le clivage s'est effectué à la jonction média-L.E.I. La média ne montrait pas d'altération particulière. Le lobe pariétal et une partie du lobe frontal droit étaient le siège d'un ramollissement récent.

- WATSON A.J. (cas n° 4)

Un malade de 32 ans, sans antécédents, est hospitalisé en état de confusion mentale avec céphalées occipitales et cécité. Décès le 4ème jour.

L'autopsie montra l'existence d'un anévrysme disséquant du tronc basilaire. Le clivage s'est effectué à la jonction média-L.E.I. La L.E.I. était épaissie et parfois stratifiée. L'orifice d'entrée n'a pas été retrouvé. La média ne montrait pas d'altération particulière.

- NORMAN R.M et URICH H.

Un enfant de 6 mois présente une sévère crise d'épilepsie, suivie d'une hémiplégie gauche et d'un arrêt total du développement mental. Décès à l'âge de 15 ans de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie on découvre un ramollissement ancien de l'hémisphère droit, qui pèse : 288 grs - hémisphère gauche 405 grs. Anévrysme disséquant de l'Artère sylvienne droite. Le clivage s'est effectué à la jonction média-L.E.I. et s'étend sur une grande distance aux principales branches de divisions. Il existe un orifice d'entrée et un orifice de sortie.

- BIGELOW N.H.

CLINIQUE. Une femme de 46 ans est hospitalisée pour céphalées d'apparition brutale 10 jours auparavant. La P.L. ramène un liquide xanthochromique. L'artériographie carotidienne droite montre un anévrysme de la cérébrale moyenne et l'encéphalographie gazeuse montre un déplacement des ventricules vers la gauche. L'intervention montre une rupture de l'anévrysme de la cérébrale moyenne droite qui est enlevée, mais la malade développe un coma avec hémiplégie gauche et décède le lendemain.

ANA. PATH. - Infarctissement hémisphérique droit récent

- Anévrysme disséquant de l'Artère cérébrale moyenne étendu sur une longueur de 13 mm. Le clivage s'est effectué au sein de la média.

- SCOTT G.E. et Coll.

Une femme de 29 ans développe une hémiplégie gauche après amygdaléctomie. L'artériographie montre une oblitération artérielle à la bifurcation entre artère sylvienne et artère cérébrale antérieure. Le décès survient au 6ème jour post opératoire.

Autopsie. - Ramollissement fronto-temporo-pariétal droit

- Anévrysme disséquant de l'Artère sylvienne. Le clivage s'est effectué à la jonction média-L.E.I. Il n'est pas noté d'altération de l'intima ni de la média. L'orifice d'entrée n'a pas été retrouvé.

- WALB et Coll.

Une femme de 30 ans, se plaignant de céphalées depuis 4 semaines est hospitalisée dans un tableau de coma avec signes de décérébration. Il existe une paralysie faciale droite périphérique.

Le F.O. est normal. L'echoencephalogramme et la ventriculographie montrent une hydrocéphalie interne et la position de l'aqueduc plaide en faveur d'un processus expansif du pont.

Il n'est pas pratiqué d'angiographie en raison de l'état critique de la malade. Le décès survient le 7ème jour.

Nécropsie : Anévrysme disséquant récent de la portion intra-cranienne de l'Artère vertébrale gauche et de la portion postérieure du tronc basillaire.

Foyer hémorragique du pont et de l'écorce cérébelleuse.

L'examen histologique a montré que le clivage s'est effectué entre média et L.E.I.

ANEVRYSMES DISSEQUANTS PRIMITIFS DES AUTRES ARTERES PERIPHERIQUES.

Références bibliographiques : 12 - 15 - 19 - 22 - 29 - 39 - 40 - 41 - 46
55 - 64 - 66 - 70 - 74 - 85 - 110 - 119 - 132

Nous groupons dans ce dernier chapitre les anévrysmes disséquants des artères n'entrant pas dans les chapitres précédents. Son caractère hétérogène apparaît à l'évidence et nous la scinderons en 3 paragraphes d'importance fort inégale :

- ... Les anévrysmes disséquants primitifs des artères des Membres
- ... Les anévrysmes disséquants des artères thyroïdiennes
- ... Les anévrysmes disséquants de l'artère centrale de la rétine.

Les anévrysmes disséquants primitifs des artères des membres se répartissent comme suit :

- artère iliaque primitive	: 6 cas
- artères fémorales	: 4 cas
- artères sous clavière	: 2 cas
- artère iliaque externe	: 1 cas
- artère humérale	: 1 cas
- artère hypogastrique	: 1 cas

Le facteur étiologique le plus important dans ces cas est sans conteste l'athérosclérose, mais il faut noter également l'importance des traumatismes : usage prolongé des béquilles, dans le cas de COENEN, ayant entraîné un anévrysme disséquant de l'artère humérale ; fracture de la clavicule ayant entraîné un anévrysme disséquant de l'artère sous clavière dans le cas de BOWLBY, cathétérisme fémoral dans le cas de HERMAN, qui sera d'ailleurs traité chirurgicalement avec succès.

Les anévrysmes de l'iliaque primitive ont fait l'objet d'une revue de la littérature en 1948 (LONG). Cet auteur retrouvait alors 262 anévrysmes vrais pour 6 anévrysmes disséquants, et il y ajoutait la statistique de la Mayo Clinic : 44 anévrysmes vrais, 1 anévrysme disséquant. D'après cet auteur, le premier cas rapporté serait dû à E. CRISP en 1847, et le premier cas d'anévrysme disséquant bilatéral et simultané des iliaques primitives serait celui de BARBER (1926). Dans tous ces cas il s'agissait d'artères très athéroscléreuses.

Nous avons retrouvé 4 observations d'anévrysme disséquant des artères thyroïdiennes :

- 3 fois il s'agissait de l'artère thyroïdienne inférieure
- 1 fois il s'agissait de l'artère thyroïdienne supérieure.

3 cas furent des découvertes d'autopsie systématique : cette lésion n'avait eu aucune traduction clinique et n'avait pas de conséquence sur le parenchyme thyroïdien.

Le quatrième cas (GOLBY) réalisa le tableau d'une rupture artérielle spontanée de la région cervicale ; le diagnostic précis fut porté sur la pièce chirurgicale. Il est à noter que c'est également le seul cas où existait une lésion thyroïdienne préalable (goitre colloïde).

Quant aux anévrysmes disséquants de l'artère centrale de la rétine, nous n'en avons retrouvé que 2 observations, toutes deux rapportées par GARRON. En fait elles auraient pu être classées parmi les anévrysmes disséquants des artères intracrâniennes dont elles font partie embryologiquement et anatomiquement, d'autant plus que, comme dans les artères intracrâniennes, le clivage s'y effectue dans les deux seuls cas rapportés, à la jonction média-limitante élastique interne.

- KRATZER G.L.

CLINIQUE. Un homme de 67 ans se plaint depuis un an d'une ischémie du membre inférieur droit. A l'examen, on percevait une masse pulsatile de la fosse iliaque droite, retrouvée au toucher rectal. Il existait une hydronéphrose droite par obstruction de la jonction urétéro-vésicale.

Décès en 15 Jours.

ANA. PATH. - Anévrysme disséquant non rompu de l'artère iliaque primitive droite. L'examen histologique a montré la présence d'une média nécrose.

La cause précise de la mort est restée indéterminée.

- GOLDZIEHER M.A.

CLINIQUE. Un homme de 58 ans présente une crise douloureuse de la fosse iliaque gauche, avec vomissements et rapidement suivie de collapsus. L'examen retrouve une masse pulsatile de cette région. Décès en 3 jours.

ANA. PATH. - Athérosclérose généralisée et très intense.

- Anévrysme disséquant de l'Artère iliaque primitive gauche, rompu dans l'espace rétro péritonéal.

- Anévrysme vrai de l'iliaque primitive droite.

- TURNER (1829)

Un homme de 63 ans, présentant une gangrène du Membre inférieur droit, décède au 6ème jour. Il s'agissait d'un anévrysme disséquant de l'artère iliaque externe droite. L'orifice d'entrée a été retrouvé.

- COENEN H.

CLINIQUE. Un homme de 51 ans, utilisant des béquilles depuis 46 ans à la suite d'une poliomyélite ayant entraîné une atrophie de la jambe gauche, développe un syndrome d'ischémie aigu des doigts et de la main droite. Une tentative de pontage effectuée se révélant inefficace, on se résout à l'amputation.

ANA. PATH. Anévrysme disséquant de 4 cms de long au niveau de l'artère humérale. Le clivage s'est effectué entre la média et la .L.E.I Il existe un orifice d'entrée et l'artère est thrombosée.

- SIBLEY

en 1864, publie un anévrysme disséquant de la sous clavière gauche, découvert à l'examen post mortem.

- BOWLBY (1891)

Une femme victime d'un accident de la voie publique se fracture la clavicule droite, développe un syndrome d'ischémie aigue du membre supérieur droit et décède.
La nécropsie découvre une fracture de la clavicule et un anévrysme disséquant de l'Artère sous clavière.

- LEGER R.

CLINIQUE. Un homme âgé de 78 ans, athéroscléreux notable, est hospitalisé pour une ischémie des membres inférieurs. L'examen clinique retrouve des tumeurs battantes et expansives à la face interne des 2 cuisses.
Le malade décède après une tentative de réduction de hernie inguinale.
ANA. PATH. Anévrysmes disséquants de l'aorte abdominale terminale, des artères hypogastriques, et des artères fémorales.
Les orifices d'entrées sont retrouvés. L'histologie retrouve un athérome calcifié et une sclérose de la média.

- BREWER K.A.

CLINIQUE. Un homme de 50 ans se plaint de sévères douleurs hypogastriques depuis un mois et de douleurs du membre inférieur gauche depuis quelques jours. Mort subite.
ANA. PATH. Anévrysme disséquant de la portion initiale de l'artère iliaque primitive gauche, rompu dans la cavité abdominale. Le clivage s'est effectué dans la média et s'étend sur une longueur de 4 cms. L'orifice d'entrée siège dans une plaque d'athérome ulcérée.

- HERMAN B.E.

CLINIQUE. Une femme de 40 ans subit un cathétérisme fémoral rétrograde pour une artériographie rénale. Depuis cette date et pendant 5 mois elle souffre de claudication intermittente sévère. Le pouls fémoral droit est bien perçu mais les pouls sous jacents ne sont pas retrouvés.

L'artériographie fémorale droite montre un anévrysme disséquant de l'artère fémorale superficielle, étendu de son origine à l'origine de l'artère poplitée. Un pontage en dacron est monté et la malade est en parfaite santé 9 mois plus tard.

- DELLOCHIO et DUCHINI

CLINIQUE. Un homme de 78 ans, ayant déjà présenté un infarctus du myocarde et souffrant d'une claudication intermittente, ressent une crise douloureuse du flanc droit irradiant au membre inférieur et s'accompagnant de signes d'ischémie aigüe. Décès en 24 heures.

ANA. PATH. - Oedème pulmonaire

- Infiltration hémorragique du petit bassin, prenant son origine dans une rupture d'un anévrysme disséquant de l'artère iliaque primitive droite athéromateuse. Le clivage s'est produit au milieu de la média.

Tous les vaisseaux sont athéromateux, y compris les vasa-vasorum.

- BURKITT D.P.

CLINIQUE. Une femme de 71 ans présente une crise douloureuse initialement dorsale, puis iliaque gauche. Le décès survient en 48 heures.

ANA. PATH. - Hématome rétro péritonéal

- Athérosclérose généralisée et importante

- Anévrysme disséquant rompu de l'artère iliaque primitive gauche.

- LONG. M.C.

CLINIQUE. Un homme de 67 ans, souffrant d'une claudication intermittente depuis 4 ans et se plaignant de dysurie depuis 1 an présente une crise douloureuse péri ombilicale et décède 11 jours après prostatectomie.

LONG. M.C. (suite)

ANA. PATH. - Athérosclérose généralisée et très importante.
- Anévrysme disséquant de l'artère iliaque primitive droite, étendu à l'hypogastrique et rompu dans l'espace rétro-péritonéal.

- MOVITZ D.

cas n° 1

CLINIQUE. Un homme de 37 ans est hospitalisé pour un syndrome d'ischémie aiguë du membre inférieur droit. Un caillot est enlevé de l'artère poplitée mais le chirurgien note que le bout distal de l'artère ne saigne pas. L'ischémie réapparaît dans les suites opératoires, et une artériographie met en évidence une image d'anévrysme disséquant, de l'artère poplitée. La sympathectomie lombaire améliore l'état fonctionnel. Le malade est réhospitalisé un mois plus tard pour une nouvelle ischémie aiguë. Un thrombus est extirpé de l'artère poplitée. Le malade décède 7 mois plus tard de pneumopathie aiguë.

ANA. PATH. - Tuberculose pulmonaire fibrocaséuse des deux sommets.
- Bronchopneumonie du lobe inférieur gauche.
- Anévrysme disséquant de l'artère fémorale et poplitée, droite.
Le clivage s'est effectué au milieu de la média.

cas n° 2

Un homme de 52 ans présente un syndrome d'ischémie aiguë du membre inférieur gauche.
L'artériographie montre un anévrysme disséquant de la fémorale superficielle.
La sympathectomie lombaire gauche permet une récupération fonctionnelle très satisfaisante.

- GOLBY M.G.S. et KAY J.M.

CLINIQUE. Un homme de 65 ans est hospitalisé pour insuffisance cardiaque globale, après infarctus. Il est traité par diurétiques et digitaline. 2 jours plus tard il présente brutalement une tuméfaction douloureuse cervicale gauche d'abord bien limitée en bas puis s'étendant au médiastin supérieur.

CLINIQUE. (suite)

L'intervention montre une collection sanguine comprimant la trachée. L'origine de l'hémorragie est attribuée à une rupture d'anévrysme, de l'artère thyroïdienne inférieure, qui est liée. Bon état clinique 2 mois plus tard.

ANA. PATH. - goitre colloïde banal

- anévrysme disséquant de l'artère thyroïdienne inférieure, de 2 cms de long.

Epaississement fibreux de l'intima, sans athérome. La média contient des fibres élastiques rompues et l'on note des flaques de matériel amorphe, bleu alcian positif et PAS négatif. Infiltrat inflammatoire adventitial (Polynucléaires neutrophiles et éosinophiles).

- WEGELIN (1909)

Une femme de 32 ans décède d'une hémorragie cérébrale au cours d'une crise d'éclampsie.

La nécropsie découvre un anévrysme disséquant de l'artère thyroïdienne inférieure. L'orifice d'entrée a été retrouvé.

- KRUKENBERG (1920)

Une femme, hypertendue chronique et syphilitique décède d'insuffisance rénale.

La nécropsie découvre un anévrysme disséquant de l'artère thyroïdienne inférieure. L'orifice d'entrée a été retrouvé.

- FOORD A.G. and LEWIS R.D.

cas n° 17

CLINIQUE. Un homme de 55 ans, hypertendu ancien (28.16), se plaignant de céphalées depuis 3 mois, décède dans un tableau de coma urémique.

ANA. PATH. - Néphroangiosclérose maligne

- importante hypertrophie cardiaque artériosclérose généralisée

- Anévrysme disséquant du dernier centimètre de l'artère thyroïdienne supérieure gauche, étendu au premier centimètre de ses branches de division. Le clivage s'est effectué à la jonction média-lame élastique externe. Il n'existait pas d'orifice d'entrée

- GARRON L.K.

cas n° 1

CLINIQUE. Un homme de 74 ans se plaint d'une baisse de l'acuité visuelle à droite. L'examen découvre un décollement rétinien et la suspicion de mélanome malin fait pratiquer une intervention.

ANA. PATH. Anévrysme disséquant rompu de l'artère centrale de la rétine et de ses branches. La rétine est soulevée et décollée par l'hémorragie secondaire à cette rupture. Pas de tumeur.

cas n° 2

CLINIQUE. Un homme de 66 ans présente une cécité douloureuse secondaire à une kératite avec blessure cornéenne par corps étranger.

ANA. PATH. Anévrysme disséquant de l'artère centrale de la rétine et de ses branches. Le clivage s'est produit à la jonction média-lame élastique interne.

HISTORIQUE

Le terme d' *ANEVRYSME DISSEQUANT* fut créé par LAENNEC qui l'utilisa pour la première fois en 1826 dans son traité de l'auscultation médiate. La lésion était cependant connue depuis longtemps puisque VESALIUS en 1557 diagnostiqua un " *Anevrysme interne de l'Aorte* " apparu chez un homme qui avait fait une chute de cheval. En 1628, SENNERTUS émet l'hypothèse que la rupture de la tunique interne de l'Artère est la cause première, le sang distendant ensuite la tunique externe.

Puis en 1760, MORGAGNI, dans une lettre adressée à VALSALVA, et NICHOLLS dans son protocole d'Autopsie du roi Georges II d'Angleterre, font allusion à des lésions du même type. Par la suite en 1822, SHEKELTON individualisa la forme chronique, avec orifice d'entrée et de sortie ; en 1839 PENNOCK démontre que la dissection se produit dans la media.

Plus récemment, EPPINGER (1887), puis LETULLE (1900) insistent sur l'importance des lésions de la média, GSELL (1928) et ERDHEIM (1930) créant le terme de media-nécrose.

Enfin, ces dernières années, de BAKEY (1955) fit entrer les Anevrysmes disséquants dans l'ère des tentatives de cure chirurgicale.

Les Anevrysmes disséquants Primitifs des Artères périphériques ont fait l'objet d'une centaine de publications individuelles. La première semble être celle de TURNER qui, en 1829, rapporte l'obser-

vation d'un Anevrysme disséquant primitif de l'artère Iliaque Externe droite. Par la suite, le nombre des observations s'est multiplié, surtout depuis 1940, dans la littérature anglo-saxonne.

La première étude d'ensemble est la Thèse de LEGER soutenue en 1942 à propos d'une observation d'Anevrysme disséquant primitif des artères hypogastriques.

Puis, en 1956, A.J. WATSON reprend 19 observations dans la littérature auxquelles il ajoute 4 observations personnelles.

Mais le travail le plus important sur ce sujet est celui de A.G. FOORD et R.D. LEWIS qui reprennent 31 observations de la littérature, auxquelles ils ajoutent 17 cas, recueillis dans plusieurs laboratoires de Pathologie des U.S.A.

DEFINITIONS

Le terme même d'*ANEVRYSME DISSEQUANT* prête à de nombreuses discussions : unanimement critiqué par les auteurs, il est néanmoins consacré par l'usage.

Les définitions proposées sont assez proches :

LEGER R. = " Cavité qui résulte d'une suffusion sanguine dans la paroi d'une artère ".

CORMIER J.M. et DELARUE J. = "Hémorragie clivant la media à un niveau quelconque entre les limitantes élastiques internes et externes".

Les définitions utilisées par les Anglo-saxons sont, sinon, plus précises, du moins plus descriptives :

WATSON A.J. = "Lésion résultant de la pénétration du sang dans la paroi d'une artère, causant une déchirure concentrique dans un plan de clivage naturel, au milieu de la media ou le long des lames élastiques, s'étendant sur une largeur variable et associée habituellement, mais pas obligatoirement, à une déchirure de l'intima "

FOORD A.G. et LEWIS R.D. = "Lésion caractérisée par une hémorragie disséquant la media sur une distance variable, à n'importe quel niveau entre la lame élastique interne et la lame élastique externe ".

A la lecture des observations de la littérature, il nous a semblé que ce terme d' *Anevrisme disséquant*, tel qu'il vient d'être défini, recouvre des faits un peu différents.

C'est pourquoi sans changer ni le terme, ni la définition, nous proposons de considérer 2 types de lésions :

- Les hématomes disséquants
- Les dissections extensives ou Aneurysmes disséquants vrais.

- " HEMATOMES DISSEQUANTS " = hémorragie clivant la media à un niveau

quelconque entre les limitantes élastiques Internes et Externes, s'étendant sur une faible distance (moins de 2 centimètres) et ne comportant pas de déchirure de l'intima.

Les exemples en sont nombreux dans les observations ci-dessus rapportées, en particulier au niveau des artères coronaires.

- " DISSECTION EXTENSIVE " = hémorragie clivant la media à un niveau

quelconque entre les limitantes Elastiques Internes et Externes s'étendant sur une distance variable mais supérieure à 2 centimètres et comportant habituellement une déchirure de l'Intima.

Ces deux types de lésions, loin de s'opposer, peuvent être consécutives telle l'observation privilégiée de WELLS A.L. dans laquelle l'orifice d'entrée d'une dissection extensive de l'Artère Intraventriculaire antérieure se trouve à l'intérieur d'un hématome disséquant en voie d'organisation.

DONNEES ETIOLOGIQUES

Les facteurs étiologiques invoqués à l'origine des *Anevrismes disséquants* sont nombreux et de tous ordres. Nous nous contenterons de les énumérer et de les commenter d'un point de vue clinique, leur étude critique étant envisagée au chapitre de la Pathogénie.

A G E : Il est très variable et s'étend pour les observations recueillies de 26 jours à 84 ans. Il ne s'agit cependant pas habituellement d'une lésion du sujet âgé: l'âge moyen est de 43 ans pour les anevrismes disséquants des artères coronaires, de 35 ans pour les artères pulmonaires, de 33 ans pour les artères intra-crâniennes.

S E X E :
----- Là encore, on s'éloigne des notions habituelles en matière de pathologie artérielle car l'égalité des sexes y est presque réalisée. En ce qui concerne l'anévrysme disséquant des artères coronaires, la femme paraît même plus fréquemment touchée que l'homme.

FACTEURS ETIOLOGIQUES

=====

TRAUMATISMES :

Le traumatisme direct de l'artère lésée joue un rôle déclenchant majeur et certain, dans un petit nombre d'observations. Nous distinguerons trois sortes de traumatismes :

- *les traumatismes accidentels*
- *les traumatismes chirurgicaux*
- *les ponctions artérielles*

Les anevrysmes disséquants ont en effet le regrettable privilège d'entrer dans le cadre de plus en plus vaste des "nuisances medico-chirurgicales".

- TRAUMATISMES ACCIDENTELS. A titre d'exemple, nous citerons les cas de HEDINGER où l'anevrisme disséquant de l'Interventriculaire antérieur et secondaire à une fracture du sternum par coup de pied de cheval ; de NORTHCROFT et MORGAN où l'anevrisme disséquant de la carotide interne et secondaire à une strangulation accidentelle ; les anevrysmes disséquants de la sylvienne et de la carotide intra-crânienne, rapportés respectivement par VEER et DRATZ et WOODHALL (n° 1) sont secondaires à des traumatismes crâniens.

Plus récemment, la dissection de plusieurs artères abdominales, rapportée par MOULONGUET et coll. est attribuée à un traumatisme abdominal sévère avec fracture du bassin.

Tous ces cas concernent des traumatismes violents et uniques. En revanche, dans l'observation de COENEN, l'Anevrysme disséquant de l'Artère humérale paraît secondaire aux micro-traumatismes répétés qu'engendre l'usage prolongé de béquilles.

- TRAUMATISMES CHIRURGICAUX .

----- BOYD et WATSON ont rapporté 2 cas d'Anevrysme disséquant secondaire à un traumatisme. Le premier cas concernant la carotide primitive droite, était secondaire à un traumatisme accidentel ; mais dans le second cas concernant l'artère rénale droite, c'est le traumatisme chirurgical qu'entraînait le clivage difficile d'un ganglioneurome volumineux qui semble être responsable de la lésion artérielle.

PATCHEFSKY et PAPLANUS rapportent un cas d'Anevrysme disséquant de l'Artère hépatique apparu dans les suites opératoires immédiates d'une cholecystectomie.

- PONCTIONS ARTERIELLES

Des ponctions artérielles pour artériographie ou cathétérisme sont responsables d'un certain nombre d'Anevrysmes disséquants.

C'est ainsi que le cas de SIROIS et Coll. concerne un "anevrysme disséquant" de la carotide primitive gauche survenu après artériographie par ponction directe. Ce cas est particulièrement intéressant car, d'une part, la déchirure est secondaire à un mouvement de défense du malade survenu pendant que l'aiguille était dans la lumière artérielle ; d'autre part, malgré l'étendue de la déchirure et la taille importante du vaisseau, la dissection ne s'est prolongée que sur 1 cm de long. Cette observation involontairement expérimentale, s'inscrit en faveur du fait que les théories purement mécaniques ne sauraient expliquer la totalité des Anevrysmes disséquants.

De GROOM, FOORD et LEWIS (cas n° 16) rapportent également des cas d'Anevrismes disséquants des carotides après artériographie.

L'observation de HERMAN concerne un anevrysme disséquant de la fémorale, étendu jusqu'à la poplitée, survenu à la suite d'une ponction pour cathétérisme.

Ces cas sont relativement rares, mais on peut se demander s'ils sont tous publiés.

- HYPERTENSION ARTERIELLE

Facteur adjuvant, mais jamais directement déclenchant, l'hypertension artérielle paraît s'observer dans moins de 50% des observations. Toutefois, FOORD et LEWIS la retrouvent dans 12 de leurs 16 observations.

Par contre, au niveau de la petite circulation, l'hypertension artérielle Pulmonaire, quelle qu'en soit la cause, apparaît constamment dans les observations rapportées.

Parfois conséquence de l'hypertension, certains anevrysmes disséquants des artères rénales, par l'intermédiaire d'un phénomène de GOLDBLATT, sont la cause d'une hypertension chirurgicalement curable. C'est ce qu'attestent les observations de ROSENBLUM, de NEUMAN ET SAHIN - de Mc CORMACK et de HARRISON. L'hypertension artérielle du malade de MOULONGUET semble bien devoir également être mise sur le compte de ce même facteur.

Les facteurs étiologiques suivants sont plus rarement invoqués, mais n'en sont pas pour autant négligeables.

FACTEURS HORMONAUX

... au premier rang desquels il convient de placer les épisodes de la vie génitale et en particulier la grossesse et le post- partum.

Ce fait est bien connu en ce qui concerne la constitution des anevrysmes disséquants de l'Aorte (ORCEL) et la rupture des anevrysmes vrais, acquis ou congénitaux (MANDEL).

Nous avons relevé 6 cas d'anévrysmes disséquants des coronaires apparus dans le post partum (Il est curieux de ne constater aucune autre localisation. Par ailleurs, l'examen histologique montrait dans ces cas un infiltrat inflammatoire adventitial, de type subaigu, riche en eosinophiles).

... L'insuffisance thyroïdienne, parfois notée au cours des anevrysmes disséquants de l'Aorte, se retrouve dans 4 cas :

- un myxoedème de l'Adulte (HENRY et BURKE)

- 2 thyroïdites de Hashimoto = SINCLAIR

DVORAK et GAZZANIGA

- un goitre colloïde = GOLBY et KAY

... La Maladie de Marfan est notée dans trois observations, celle de AUSTIN et SCHAEFFER, celle de Mc KEOWN, et celle de ENGLUND.

... La Syphilis , considérée par les anciens auteurs comme la grande pourvoyeuse d'anévrysmes disséquants de l'Aorte, est notée de façon explicite par deux auteurs : TURNBULL et SZABO.

L'Anevrysme disséquant du tronc basilaire, rapporté par HASSIN concerne un électrocuté.

UEHLINGER rapporte deux observations d'Anevrysmes disséquants des artères coronaires, survenu après un exercice violent et prolongé, au cours d'une période militaire. Un anevrysme disséquant du tronc basilaire survenu dans des circonstances similaires est également rapporté par STERN.

HARRISON et Coll. rapportent 6 observations d'Anevrysmes disséquants survenus au cours de la "dysplasie fibromusculaire" des artères rénales. Cependant, les critères que ces auteurs utilisent pour porter ce diagnostic nous ont paru très flous.

PATCHEFSKY et PAPLANUS pensent que l'Anevrysme disséquant de l'artère hépatique qu'ils rapportent est secondaire, non pas au traumatisme opératoire que représente la cholecystectomie, mais à l'hyperplasie fibromusculaire diagnostiquée histologiquement. Il faut cependant noter que la lésion survint immédiatement après l'intervention ce qui rend à tous le moins vraisemblable le rôle étiologique du traumatisme.

ASSOCIATIONS

PATHOLOGIQUES

L'étude des diverses lésions qui pouvaient être associées aux *aneurysmes disséquants primitifs périphériques* nous a permis de faire les constatations suivantes :

- o Les Aneurysmes disséquants sont fréquemment multiples. Nous avons retrouvé 14 observations comportant au moins 2 artères lésées, sans que puisse être invoquée une continuité anatomique.

Le cas le plus ancien semble être celui de VERREY, cité par LEGER, qui concernait des aneurysmes disséquants multiples des artères abdominales. Dans le cas de LEGER lui-même, les hypogastriques et les fémorales étaient lésées simultanément. FOORD et LEWIS, sur leurs 17 observations, comptent 4 cas d'aneurysmes disséquants multiples. Récemment, MOULONGUET et Coll. ont rapporté une très belle observation d'Aneurysmes disséquants des principales artères de l'abdomen, diagnostiqués par Aortographie et confirmés par Impression opératoire et histologie.

Les autres observations d'aneurysmes disséquants multiples sont celles de GILLEPSIE et GUTHRIE, SHUMWAY et PEYTON, RALSTON et WASDAHL, LIEBOW, WATSON (cas n°3), AUSTIN et SCHEAFFER, et BOSTROM et LILIEQUIST (cas n°3). Sur ces 14 observations, dans 10 cas les artères rénales étaient lésées au moins une fois, et dans 6 cas les 2 artères rénales étaient disséquées simultanément.

- o Les Anevrysmes disséquants sont également fréquemment associés à des lésions encéphaliques . Nous avons retrouvé 19 observations d'une telle association, en éliminant bien entendu, les cas où la lésion encéphalique était la conséquence de l'Anevrysme disséquant, qu'il s'agisse d'hémorragie ou de ramollissement cérébral.

Ces lésions encéphaliques sont très variables : il peut s'agir de tumeurs, bénigne ou maligne, comme dans les cas de SHUMWAY et PEYTON (cas n°2) ; de de GROOD ou de SIROIS ; d'Anevrysmes vrais des artères cérébrales, comme dans les cas de HENRY et BURKE (cas n° 2), BIGELOW, BEST, IGLAUER,; de Méningite purulente, comme dans le cas de SZABO ; ou enfin, le plus fréquemment, d'Hémorragie, de ramollissement, ou d'Hématome intracérébral spontané, ou d'Hématome sous-dural.

- o Enfin , les anevrysmes disséquants sont fréquemment associés à d'autres lésions cardio-vasculaires : Insuffisance cardiaque, valvulopathie, cardiopathie congénitale, atherosclérose.

Les Cancers, la Tuberculose, les Suppurations au long cours ne semblent pas avoir de fréquence particulière dans ces lésions.

EVOLUTION et CONSEQUENCES

des

ANEVRYSMES DISSEQUANTS

Le sang épanché dans l'épaisseur de la média va pouvoir subir diverses évolutions.

Ainsi, si l'on considère un hématome disséquant, ou hématome pariétal, de quelques millimètres de long et ne comportant pas d'orifice d'entrée, il existe pour lui deux possibilités évolutives :

- Dans une première éventualité, la paroi artérielle peut résister, le sang épanché coagule, le caillot s'organise. Les conséquences viscérales sont alors essentiellement fonction du diamètre du vaisseau lésé.
- Dans une deuxième éventualité, la paroi ainsi "décollée" se nécrose ou se rompt du fait de la pression; l'irruption du flux artériel dans l'épaisseur d'une média pathologique permet la création d'une dissection extensive dont les possibilités évolutives sont au nombre de trois
 - α La paroi lésée et clivée est incapable de contenir le flux sanguin et se rompt sous l'effet de la pression artérielle. On observe ainsi des hémorragies méningées, des hémopéricardes, des hémopéritoinés, etc ...
 - β La paroi est capable de contenir le flux artériel qui peut ainsi cliver la média sur une grande longueur, s'étendant aux branches collatérales et aux branches terminales. Ce

phénomène entraîne l'oblitération du Vaisseau et ,donc la nécrose du territoire vasculaire correspondant.

γ La paroi artérielle est incapable de contenir le flux artériel, mais la rupture se fait dans la lumière vasculaire. Il se réalise alors un anevrysme disséquant chronique avec orifice d'entrée et de sortie. Ceci peut n'avoir aucune conséquence sur le territoire vasculaire correspondant, mais peut également être responsable d'une ischémie parenchymateuse.

Ce schéma évolutif est en fait théorique (en particulier le passage par le stade d'hématome disséquant n'est certainement pas obligatoire). Cependant l'étude des observations permet de penser qu'il recouvre assez bien la réalité. L'observation de WELLS est à cet égard significative = l'orifice d'entrée d'une dissection extensive de l'Artère Interventriculaire Antérieure est apparu dans un hématome disséquant en voie d'organisation.

Les situations les plus fréquemment observées sont :

- le statu quo au stade d'hématome disséquant
- et l'extension d'une dissection sans rupture.

En revanche, la rupture vers l'extérieur est plus rarement notée. Quant à la présence d'un orifice d'entrée et de sortie, elle est exceptionnelle au niveau des artères périphériques.

ANATOMIE - PATHOLOGIQUE

Le diagnostic d' *ANEVRYSME DISSEQUANT* d'une artère périphérique n'est porté dans l'immense majorité des observations, qu'à l'examen histologique, les diagnostics macroscopiques posés étant ceux de rupture artérielle ou de thromboses.

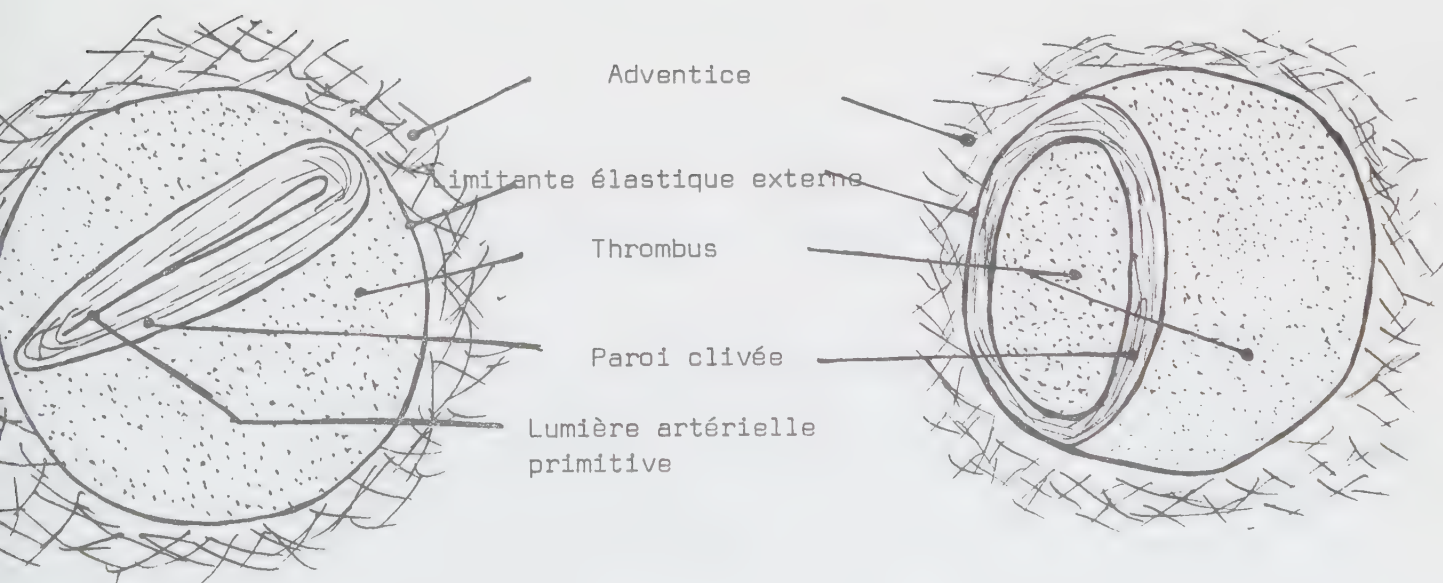
Il est possible de se persuader, d'autre part, à la lumière des observations rapportées, que les anevrysmes disséquants des artères périphériques sont vraisemblablement plus nombreux qu'on ne le croit habituellement, mais qu'ils sont rarement diagnostiqués, soit du fait d'un examen vasculaire périphérique incomplet, lors de l'autopsie, soit par absence d'examen histologique, l'observateur se contentant du diagnostic de thrombose artérielle.

Il est en effet curieux que des auteurs comme FOORD et LEWIS , qui, avec 17 observations, ont la série la plus importante, n'aient pas observé un seul cas d'anevrisme disséquant d'une artère intracrânienne. Il est également curieux que BRODY et ses collaborateurs aient observé 5 cas d'anevrysmes disséquants d'artère intraventriculaire antérieure, et aucun d'un autre vaisseau.

L'Anevrysme disséquant peut se présenter sous divers aspects :

- Soit une oblitération artérielle, partielle ou complète, mais localisée à un court segment artériel. L'examen histologique montrera alors une lésion de type hématome disséquant.

- Plus rarement, l'artère apparaîtra épaissie, indurée, infiltrée. L'examen de la tranche de section après fixation formolée pourra montrer l'existence de deux lumières juxtaposées. Cet aspect est celui des anevrysmes disséquants chroniques, comportant un orifice d'entrée et un orifice de sortie, lesquels devront être minutieusement recherchés. L'un comme l'autre peuvent être de très petite taille, et donc difficiles à mettre en évidence.
- L'aspect macroscopique de rupture artérielle spontanée; complète ou incomplète, est plus fréquent et ce sont ces formes qui font le plus souvent l'objet de tentatives de cures chirurgicales.
- Enfin, devant une artère apparemment thrombosée on devra évoquer le diagnostic d'Anevrysme disséquant. Celui-ci pourra être suspecté lors de l'examen des tranches de section après fixation formolée : la paroi clivée se présente alors comme un anneau blanchâtre, aplati ou elliptique, contenant parfois du sang en son centre, isolé au milieu de la Thrombose ou tangentiel à la paroi externe.



Malgré cet aspect évocateur, seul l'examen histologique permet d'affirmer ce diagnostic.

T E C H N I Q U E

- Seule, la fixation au formol, durant quelques jours, permet une étude macroscopique correcte de la pièce.

Une fixation complémentaire au liquide de Bouin, ou au Bouin-Holland est utile à la qualité de la technique histologique, sauf, ce qui est fréquemment le cas dans de telles lésions, pour les fragments contenant du sang coagulé ou non. Nous utilisons dans ces cas une fixation complémentaire de 24 h. à 48 h. par le liquide Carnoy.

- Les prélèvements seront multiples et effectués perpendiculairement à l'axe artériel. Ces prélèvements transversaux étagés nous paraissent être la meilleure méthode susceptible de mettre en évidence les éventuels orifices d'entrée et de sortie.
- Un certain nombre de colorations, outre l'hématéine - eosine - Safran de routine, nous paraissent indispensables à l'étude de ces lésions :
 - .. une coloration à l'orcéine, pour l'étude du réseau élastique
 - .. un trichrome de Masson, pour l'étude du tissu conjonctif
 - .. un P.A.S., pour l'identification des mucopolysaccharides
 - .. un Bleu de Toluidine, indispensable pour affirmer l'existence d'une media-nécrose.

Lors de l'examen histologique, l'affirmation du diagnostic est aisée dès l'étude au faible grossissement : la media apparaît clivée, à distance variable des lames élastiques, par une collection sanguine. Le clivage peut être circonférentiel ou partiel. La lumière vasculaire primitive est plus ou moins obturée,

selon les observations, et peut même devenir virtuelle comme dans le cas que nous rapportons. La paroi externe, constituée du reste de la media et de l'adventice est distendue mais non ectasique.

L'étude au fort grossissement et les colorations spéciales s'attacheront à préciser :

- le siège exact du clivage
- les lésions éventuelles, préexistantes de la paroi.

A. - le Siège du Clivage

Contrairement aux Anevrysmes disséquants de l'Aorte où le clivage se produit généralement à la jonction des 2/3 internes et du 1/3 externe de la media, le clivage des Artères Périphériques se produit en n'importe quel point de la media. On peut cependant noter que :

- le clivage au niveau des artères intracrâniennes et des artères centrales de la rétine, se fait à la jonction media - limitante élastique interne.
- les artères musculaires, en particulier viscérales, se clivent dans la grande majorité des cas à la jonction media-limitante élastique externe.
- le clivage des artères élastiques se produit à un niveau variable de la moitié externe de la media.

Habituellement, le siège du plan de clivage apparaît constant à tous les niveaux d'un même anevrysme disséquant. Cependant, dans quelques observations exceptionnelles (CORMIER et DELARUE) le plan de clivage varie d'un point à un autre.

Les lésions histologiques de la paroi artérielle sont d'importance très variable. On peut retenir TROIS grandes possibilités :

- Media Nécrose
- Atherome ou Atherosclerose
- Paroi artérielle sub-normale

B. - *Nous étudierons les lésions de la paroi artérielle plan par plan*
.....

- INTIMA : Ces lésions sont le plus souvent discrètes, sous forme d'une fibrose intimale d'importance variable , sauf en ce qui concerne les anevrysmes disséquants survenant sur des artère atheromateuses. Dans ces cas il s'agit d'athérome grave, généralisé, retentissant sur toute la paroi artérielle.

Le plus souvent, l'intima est indemne de toute lésion et son étude porte surtout sur la recherche de l'orifice d'entrée.

- La lame élastique interne : le plus souvent son unique lésion est la rupture de l'orifice d'entrée ; mais parfois elle apparaît rompue en un ou plusieurs points de sa circonférence ; ou dédoublée. Enfin, la rétraction de la media disséquée lui donne un aspect ondulé.

La Media : C'est le siège obligatoire du clivage dont l'examen histologique recherche la cause.

Cependant bon nombre d'artères disséquées ont une media normale, ou tout au moins dont les lésions histologiques sont banales, minimes, et apparemment insuffisantes pour expliquer l'existence de la dissection.

Cependant, des lésions de media-nécrose, facteur étiologique principal des anevrysmes disséquants aortiques, sont notés dans environ 50% des anevrysmes disséquants des artères périphériques, dont l'observation comporte un examen histologique complet. Cette media-nécrose est constante au niveau des artères élastiques clivées (artères pulmonaires, carotides primitives) , plus rare au niveau des artères musculaires.

Notre propos n'est pas de rappeler ici les aspects histologiques de la media-nécrose débutante ni les hypothèses omises pour expliquer sa constitution, ni ses rapports avec d'autres lésions artérielles telles que la maladie de MONCKEBERG. Rappelons seulement que les anevrysmes disséquants surviennent à une phase avancée de la maladie caractérisée par la présence d'une multitude de petites lacunes pseudo-kystiques disséminées, contenant une substance mucoïde basophile, PAS négative et metachromatique au Bleu de Toluidine. Cette accumulation de substances pathologiques dans la substance fondamentale va de pair avec une disparition progressive des fibres musculaires qui sont le siège d'altérations dégénératives ou même des phénomènes de nécrose, ainsi qu'avec une augmentation de volume puis une fragmentation des fibres élastiques.

En cas d'hématome disséquant chronique, l'examen histologique identifie deux lumières juxtaposées : la lumière primitive, aisément reconnaissable à sa lame élastique interne, et le neo-vaisseau creusé dans la media, dont la lumière est tapissée d'un endothélium. Les deux lumières vasculaires sont ainsi contenues à l'intérieur de la même lame élastique externe.

- La Lame élastique externe : fréquemment mal individualisée sur les artères musculaires où elle fait volontiers place à un feutrage de fibres élastiques, la lame élastique externe apparaît dans ces cas tassée, tendue, prête à la rupture.
- Adventice : Le plus souvent l'Anevrysme disséquant étant de constitution très récente lors de sa découverte, l'adventice ne contient pas alors ces éléments inflammatoires de type subaigu-chronique non spécifique que l'on rencontrera dans les lésions ayant évolué quel-

ques jours ou dans les anevrysmes disséquants chroniques.

Il faut **cependant** rappeler ici l'existence des infiltrats inflammatoires riches en éosinophiles qui ont été décrits dans l'adventice des anevrysmes disséquants des artères coronaires survenant chez des femmes jeunes dans la période du post-partum.

Enfin, s'il est fréquent de noter des lésions des vasa-vasorum dans les anévrysmes disséquants de l'aorte, les observations concernant les artères périphériques n'en font pas état.

L'examen Anatomico-Pathologique serait incomplet s'il ne précisait d'une part l'état du territoire vasculaire correspondant à l'artère lésée qui subit les conséquences de l'interruption ou de la diminution du flux sanguin (Infarctus - Ischémie) et, d'autre part, l'état de l'appareil cardio-vasculaire. Ainsi, la petite circulation, physiologiquement isolée, réagit individuellement = les lésions de media-nécrose notées au niveau de l'artère pulmonaire, ne sont pas retrouvées au niveau de l'aorte et des gros troncs. Par contre, lorsqu'on note des lésions de media-nécrose sur une artère périphérique systémique, il est habituel de retrouver ces lésions sur l'Aorte ou ses branches.

CLINIQUE

Les *ANEVRYSMES DISSEQUANTS* pouvant intéresser n'importe quelle artère de l'économie, il n'est donc pas possible d'individualiser un tableau clinique univoque. Dans la grande majorité des cas, ils se traduisent pas un tableau d'Infarctus du territoire correspondant, et rien dans les antécédents, l'examen clinique et les examens complémentaires ne permet alors d'évoquer l'existence d'une dissection pariétale. Dans ces cas, seuls les territoires accessibles à un traitement chirurgical (rein par exemple) pourraient bénéficier d'un traitement et d'un diagnostic anatomo-pathologique précis du vivant du malade.

Il en est de même des cas se révélant par une rupture artérielle et bénéficiant d'une tentative chirurgicale.

Le diagnostic pourra parfois être évoqué par quelques circonstances particulières :

- Artériographie récente
- hypertension artérielle pulmonaire.

Le pronostic d'une telle lésion est dans l'ensemble gravissime et on l'a vu, ce n'est le plus souvent en fait qu'une "trouvaille" d'autopsie. L'artériographie, dans quelques cas privilégiés, a cependant permis d'affirmer le diagnostic du vivant du malade en montrant une image, désormais classique, au niveau de l'Aorte, de double paroi.

Le traitement curatif ne saurait être que chirurgical.

Il a été rarement tenté et seuls quelques cas exceptionnels ont été abordés chirurgicalement après qu'un diagnostic précis ait pu être établi par artériographie.

Le traitement des ruptures artérielles spontanées se pose en urgence et se résume habituellement à la pose de ligatures réalisant l'hémostase et suivi de réanimation. Les résultats en sont mauvais. Les Infarctus, en particulier rénaux, peuvent bénéficier d'une évacuation de cette zone nécrosée. Quant aux anévrysmes disséquants chroniques, ils sont habituellement traités par Sympathectomie.

DONNEES EXPERIMENTALES

et

HYPOTHESES PATHOGENIQUES

EXPERIMENTATION

=====

Les premières tentatives de reproduction *d'Anevrysmes disséquants* ont été menées par DUGUET et BALL en 1867. Ces auteurs ont montré que des injections d'eau au sein ~~même~~ de la media la partagent en deux tuniques secondaires, d'épaisseur variable suivant la profondeur d'introduction de l'aiguille. En revanche, lorsqu'on pousse l'injection soit entre intima et media, soit entre media et adventice, on obtient la rupture immédiate des tuniques interne ~~ou~~ externe, sans jamais réaliser un anevrysme disséquant. Ils ont réussi à produire plusieurs décollements superposés en introduisant l'aiguille à une profondeur plus ou moins grande et en injectant à différents niveaux. Chaque fois, ils ont vérifié histologiquement que la cavité s'était formée entre les fibres de la media. Cette localisation s'est d'ailleurs toujours trouvée confirmée dans les études précises ultérieures.

Ces expériences permettent donc d'affirmer que la media même normale est clivable longitudinalement sous l'effet d'une pression.

Des expériences ultérieures tendent à démontrer que des altérations biochimiques de la paroi sont également un facteur déclenchant.

PONSETTI et BAIRD , en 1952, réussirent ainsi à produire des anévrysmes disséquants chez de jeunes rats dont le régime contenait 50% de *Lathyrus odoratus*.

(le Lathyrisme, intoxication par l'ingestion d'aliments contenant de la farine de gesse est connu depuis l'antiquité).

Des anevrysmes disséquants secondaires à une intoxication par *lathyrus odoratus* ont été reproduits chez de nombreux animaux, en particulier chez le dindon par LALICH et chez l'embryon de poulet par ZAHOR et MACHOVA.

Le β amino propio nitrile (B A P N) s'est révélé avoir les mêmes propriétés que *lathyrus odoratus*, c'est pourquoi il est appelé *lathyrus factor* par les auteurs anglo-saxons.

WAIBEL , expérimentant le B A P N chez le dindon de 6 semaines, obtient des dissections aortiques en 2 jours, ce qui indique une rapide fragilisation de la paroi artérielle. Dosant les acides aminés plasmatiques libres, il constate une diminution de la proline et de l'alanine, ainsi qu'une augmentation de la valine, de la leucine et de l'isoleucine. Il suggère ainsi qu'une variation des taux d'acides aminés plasmatiques pourrait être la cause de cette fragilisation du tissu conjonctif. Par ailleurs, sachant que le collagène est riche en hydroxyproline, ROY et BIRD administrèrent de la Proline en même temps que le B A P N ; ils obtinrent en fait les mêmes altérations vasculaires.

Enfin, de nombreux auteurs, étudiant le lathyrisme expérimental (KAPANCI) ont montré que la lésion initiale se caractérise par la dégénérescence et la destruction des fibres élastiques et à un stade plus tardif, par l'incapacité de l'organisme à élaborer de nouvelles fibres.

P A T H O G E N I E

=====

Les théories pathogéniques concernant la genèse des *Anevrismes disséquants* se limitent désormais aux altérations primitives de la media.

Rappelons pour mémoire, les anciennes théories mécaniques basées sur la constatation clinique que nombre d'anevrismes disséquants étaient précédés d'un traumatisme. On admettait que, par l'intermédiaire d'une déchirure de l'Intima et sous l'influence d'une hyperpression, le sang pénétrait dans la media et progressait en la clivant. Cette hypothèse est vraisemblable si l'on y ajoute ce complément d'importance essentielle qu'une "fragilisation" de la media apparaît indispensable à ce clivage.

Ceci est attesté par des faits expérimentaux :

- on a montré (ORCEL) que l'hypertension pathologique la plus grave est sans commune mesure avec les pressions capables de rompre une paroi artérielle saine ;
- et par des faits cliniques, telle l'observation n° 1 de SIROIS & coll. où une large déchirure de l'Intima, sur une paroi saine ne provoque qu'un très court clivage. D'autre part, les études expérimentales portant sur le lathyrisme montrent bien, on l'a vu, que la fragilisation de la media est le facteur étiologique essentiel.

En clinique, le facteur essentiel est donc la media-nécrose, décrite par GSELL en 1928 et ERDHEIM en 1929. On admet actuel-

lement (KAPANCI) que la dégénérescence mucoïde de la media relève soit d'une dégénérescence des fibres élastiques déterminant la libération des substances mucoïdes qui les enrobent ,

soit d'un trouble de la fibrillogenèse, en particulier de l'élastine, laissant les mucopolysaccharides inemployées;

On pense actuellement que les deux processus interviennent vraisemblablement.

Les lésions des fibres musculaires seraient ainsi **secondaires** à la fragmentation ou à la destruction des fibres élastiques : on sait en effet que les fibres musculaires sont normalement insérées sur les lamelles élastiques ; quand ces dernières sont fragmentées, les cellules musculaires, privées de leurs attaches, se rétractent et perdent leur disposition palissadique ; par la suite, elles dégénèrent puis disparaissent.

A la lumière de ces faits, on peut penser que les hématomes pariétaux sont secondaires à la rupture des vasa-vasorum d'une media pathologique et que les dissections extensives sont secondaires à l'irruption du flux sanguin dans cette media **fragilisée**.

CONCLUSIONS

- Les *ANEVRYSMES DISSEQUANTS PRIMITIFS* des artères périphériques sont des lésions rares, mais moins qu'il n'y paraît à la lecture de la littérature en langue française. Outre un cas personnel, 132 observations ont pu être recueillies dans la littérature.
- Les artères les plus fréquemment lésées sont les rénales et les coronaires. En fait, toute artère de l'économie peut être le siège d'une telle lésion.
- La symptomatologie clinique est le plus souvent celle d'un Infarctus du territoire vasculaire correspondant au vaisseau lésé ; plus rarement d'une rupture artérielle spontanée.

En fait, nombre d'observations sont des découvertes d'autopsie.
- Le Diagnostic histologique en est le plus souvent aisé. Le clivage s'effectue habituellement à la jonction entre la media et la lame élastique externe, sauf pour les artères intracrâniennes où il s'effectue à la jonction entre la media et la lame élastique interne.
- Le facteur étiologique principal, mais inconstant, apparaît être la media-nécrose de GSELL-ERDHEIM.
- Les études expérimentales ont montré que la fragilisation de la

media est indispensable à la création et surtout à l'extension d'un anevrysme disséquant. Mais, en dehors de la media-nécrose, la traduction morphologique de cette fragilisation apparaît bien inconstante à l'analyse histologique, en microscopie optique, même aidée par les méthodes histochimiques.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AHRONHEIM J.H. and WAGMAN G.F.
Dissecting Hemorrhage in Media of Coronary Artery
... Arch. Path. 67 - 19 - 23. 1959.
- 2 - ANDERSSON R. and SCHECHTER M.
A case of Spontaneously Dissecting Aneurysm of
the internal Carotid Artery
... J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 22 - 195 - 1959
- 3 - ASHLEY P.F.
Dissecting Aneurysm of the coronary Artery
... Delaware Med. J. 37. 86-88 - 1965
- 4 - AUSTIN M.G. and SHAEFER R.F.
Marfan's syndrome with unusual blood vessel
manifestation - Primary Medianecrosis Dissection
of innominate, Right carotid and left carotid
Artery
... Arch. Path. 64 - 205-209 - 1957

- 5 - BARBER W.M.
Simultaneous Separate aneurysm of the common Iliac Arteries.
... Am. Surg. 84 - 776-778 - 1926
- 6 - BAUERSFELD S.R.
Dissecting Aneurysm of the Aorta. A presentation of 15 cases and a review of Recent Literature
... Ann. Int. Med. 26 - 873-889 - 1947
- 7 - BEKAERT S. et LOOSE F.
Un cas d'Aneurysme Dissequant de l'Artère Renale.
... Acta Clin. Belg. 19 - 53-57 - 1964
- 8 - BEST J.
Dissecting Aneurysm of the Pulmonary Artery with Multiple cardio-vascular Abnormalities and Pulmonary Hypertension.
... Med. J. Aust. 2 - 1129-1130 - 1967
- 9 - BIGELOW N.H.
Intracranial Dissecting Aneurysms - Analysis of their Significance
... Arch. Path. 60 - 271 - 275 1955
- 10 - BOSCHETTI A.E. and LEVINE A.
Cystic Medianecrosis with Dissecting Aneurysm of coronary Arteries.
... Arch. Int. Med. 102 - 562-570 - 1958
- 11 - BOSTRÖM K. and LILIEQUIST B.
Primary Dissecting Aneurysm of the Extracranial part of the internal carotid and Vertebral Arteries. A report of three cases.
... Neurology 17 - 179-186 - 1967

12 - BOWLBY

... Trans. Path. Soc. Lond. p. 79 - 1891

13 - BOYD J.F. and WATSON A.J.

Dissecting Aneurysms due to Trauma.

... Scottish Med. J. 1 - 326-329 - 1956

14 - BRAUNSTEIN H.

Anevrysme dissequant de l'Artère carotide et
de l'Aorte après Angiographie Carotidienne

... Am. Heart. J. 67 - 545-549 - 1964

15 - BREWER K.A.

Dissecting Aneurysm of the left common Iliac
Artery

... J. Oklahoma Med. Assoc. 34 - 465-466 - 1941

16 - BRICE J.G. and CRAMPTON M.R.

Spontaneous Dissecting Aneurysm of the cervical
internal carotid Artery.

... Brit. Med. J. 54-12- 790-792 - 1964

17 - BRODY G.L. - BURTON J.F. ZAWADZKI E.S. - FRENCH A.J.

Dissecting Aneurysm of the Coronary Artery

... New Engl. J. Med. 273 - 1.-6 - 1965

18 - BURKITT D.P.

Saccular Aneurysm of left common Iliac Artery

... Brit. M. J. 1 - 151 - 1938

19 - CATO

Instructive Diagnostic error. Dissecting Aneurysm
of Femoral Artery

... J. Coll. Surgeons Australiasa 2 - 270 - 1929

- 20 - CALLICOTT J.H. and HOKE H.F.
Dissecting Aneurysm of the common Hepatic
Artery
... Arch. Path. 85 - 681-685 - 1968
- 21 - CLARK F. et MURRAY S.M.
Aneurysme dissequant de l'Artère Mesenterique
Superieure
... Brit. Med. J. 2 - 965 - 1962
- 22 - COENEN H.
Anevrysma Dissecans A. Brachialis durch Krücke
mit Arterieller Thrombose und Gangrän des
Armes
... Zentrabl. Chir. 54 - 2023-2027 - 1927
- 23 - CORMIER J.M. - DIEBOLD J. - KALIFAT R. - FLORENT J. et DELARUE J.
Rupture Arterielle spontanée par Dissection de
l'Artère Mesenterique Inférieure
... Presse Med. 77 - 971 - 973 - 1969.
- 24 - COSGROVE G.E. - WATTS J.C. et KAUMP D.H.
Spontaneous Rupture of splenic arterial aneurysms.
... Amer. J. Clin. Path. 17 - 372 - 382 - 1947
- 25 - COSSA J.
Les ruptures arterielles spontanées.
... Thèse Paris 1967
- 26 - CRAWFORD T.
... J. Neurol. Neuro surg. Psychiat. 19 - 217 - 1956

- 27 - CRUMPTON M.

Congenital Heart Disease and Dissecting Aneurysm
of pulmonary Artery

... Brit. Med. J. 1 - 1303-1304 - 1950

- 28 - D'AUNOY R. and Von HAAM E.

Aneurysm of the Pulmonary artery with patent
Ductus Arteriosus (Botallus's duct) - Report of
2 cases and Review of the literature

... J. Path. Bact. 38 - 39-60 - 1934

- 29 - DELLOCHIO T. et DUCHINI L.

Un raro caso di aneurisma dissecante dell'arteria
iliaca comune di destra

... Arch. de Vecchi anat. Pat. 46 - 773-792 - 1965

- 30 - DRATZ H.M. and WOODHALL B.

Traumatic dissecting Aneurysm of left internal
carotid, anterior cerebral and middle cerebral
Arteries.

... J. Neuro path. Exper. Neurol. 6 - 286-291
1947

- 31 - DRURY R.A.

The role of coronary hemorrhage in coronary occlusion

... J. Path. Bact. 67 - 207 - 1954

- 32 - DUFFIELD J.F.

... Amer. J. Med. Sci. 83 - 77 - 1882

- 33 - DURNO L. and BROWN W.L.

A case of dissecting Aneurysm of the pulmonary
Artery ; Patent ductus arteriosus ; rupture into
pericardium.

... Lancet 1 - 1693 - 1908

- 34 - DVORAK A. and GAZZANICA A.
Dissecting Aneurysm of the gastro-duodenal artery
... Annals of surgery 169 - 425-428 - 1969
- 35 - DZIOBA H.
Rupture d'un anevrysme dissequant de la coronai-
re stomachique - une cause rare d'hemorragie
interne.
... Pol. Tyg. Lek. 21 - 266-267 .- 1966
- 36 - ENGLUND G.W.
Primary dissecting Aneurysm of the renal Artery.
Report of a case and review of the litterature
... Amer. J. Clin. Path. 45 - 472-479 - 1966
- 37 - FLEMING H.A.
Aorta - pulmonary septal defect with patent ductus
Arteriosus and death due to rupture of dissecting
Aneurysm of the pulmonary Artery into the pericar-
dium.
... Thorax - 11 - 71 - 1956
- 38 - FLEMING J.F.F. and PARK A.M.
Dissecting aneurysms of carotid artery following
Arteriography.
... Neurology 9 - 1-6 - 1959
- 39 - FOORD A.G. and LEWIS R.D.
Primary dissecting Aneurysms of peripheral and
Pulmonary Arteries.
... Arch. Path. 68 - 553-577 - 1959

- 40 - GARRON R.K.

Dissecting Aneurysm of the central retinal Artery
A preliminary Report (2 cases)

...Tr. Pacific coast. Oto. Ophth. Soc. 33 - 157-171
1953

- 41 - GILES R.C.

Un cas d'Aneurysme dissequant de l'Artère Fémorale
d'Etiologie indeterminée et de symptomatologie
inhabituelle.

... Mil. Surgeon 97 - 460-462 - 1945

- 42 - GILFILIAN R.S. - SMART W.R. and BOSTWICK W.L.

Dissecting Aneurysm of the renal Artery

... Arch. Surg. 73 - 737-740 - 1956

- 43 - GILLEPSIE J.A. and GUTHRIE W.

Fatal dissecting aneurysm of the Splenic Artery

... Brit. J. Surg. 45 - 152-155 - 1958

- 44 - GLENDY R.E. - CASTELMAN B. and WHITE P.D.

Dissecting Aneurysms of the aorta - clinical and
Anatomical Analysis of 17 cases ; 13 acute,
with notes on differential diagnosis.

... Am. Heart. J. 13 - 129-162 - 1937

- 45 - GOG B.

Aneurysme dissequant de l'Artère Pulmonaire

... Z. Ges. Inn. Med. 21 - 189-191 - 1966

- 46 - GOLBY M.G. and KAY J.M.
Primary dissecting Aneurysm of the inferior Thyroid
Artery
... Brit. J. Surg. 52 - 389-91 - 1965
- 47 - GOLDZIEHER MA et JOACHIN H.
Bilateral Aneurysm of the common Iliac
Arteries
... Am. J. M. Sc. 177 - 849-852 - 1929
- 48 - GRINVALD I.W. et WASSILIEV M.A.
Anevrysme dissequant de l'Artère Pulmonaire
... Klin. Med. (Moscou) 37 - 125-127 - 1959
- 49 - de GROOD
Anevrysme dissequant carotidien comme complica-
tion de l'Angiographie carotidienne.
... Rev. Neurol. 90 - 661 - 1954
- 50 - HARRISON E.G. - HUNT J.C. - BERNATZ P.E.
Morphology of fibromuscular dysplasia of the
renal artery in reno vascular hypertension
... Amer. J. Med. 43 - 97 - 112 - 1967
- 51 - HASSIN G.B.
Changes in the brain in Accidental Electrocution
... J. Nerv. and Ment. Dis. 86 - 668-673
1937.
- 52 - HALPERN M.
Percutaneous Transfemoral Arteriography - an analy-
sis of the complications in 1.000 consecutive cases
... Amer. J. Roentgen. 92 - 918-934 - 1964

- 53 - HEDINGER C.

Contusio cordis mit Spättruptus des linken
Herzkammer

... Cardiologia 12 - 46-53 - 1948

- 54 - HENRY L. and BURKE W.D.

Isolated dissecting Aneurysms of the Renal
Artery

... Angiology 14 - 269-276 - 1963

- 55 - HERMAN B.E.

Complication of Retrograde femoral Artery Catheteri-
zation - dissecting Aneurysm of the femoral Artery

... Arch. Surg. 88 - 374-375 - 1964

- 56 - HIRST A.E. - JOHNS V.I. and KIME S.W.

Dissecting Aneurysms of the aorta - A review
of 505 cases.

... Medicine 37 - 217 - 1958

- 57 - HOMMA M. and YENIKOMSHIAN H.A.

Über einen Fall nicht traumatischer ruptur des
absteigenden Astes der Linken Koronararterie

... Wien. Med. Wchuschr 83 - 1235-1239 - 1933

- 58 - HYLAND H.H.

Thrombosis of Intracranial Arteries - Report of
3 cases involving Respectively the anterior
Cerebral, Basilar and Internal Carotid Arteries

... Arch. Neurol. Psychiat. 30 - 342-357 - 1933

- 59 - IGLAUER A. - SCHWARZ J. and KROOVAND W.H.
Dissecting Aneurysms of coronary Artery Producing
Myomalacia and Death
... Am. Heart J. 57 - 630-637 - 1959
- 60 - JACQUET
Anevrysme dissequant de l'artère Pulmonaire
... Bulletin de la Société Anatomique de Paris
1883.
- 61 - JEAN C. - MAROIS M. et BROCHU P.
Anevrysme dissequant Primitif de l'Artère Mesen-
terique supérieure.
... Canad. Med. Ass. J. 85 - 942-943 - 1961
- 62 - JENTZER
... Angiology 5 - 232 - 1954
- 63 - KAPANCI Y.
Media Necrose et Anevrysme dissequant des
Artères Intra Pulmonaires.
... Frankfurt Z. Path. 74 - 425-440 - 1965
- 64 - KOSITCHEK R.J.
Anevrysmes dissequants traités avec succès par
Sympathectomie
... Post. Grad. Med. 9 - 514-518 - 1951
- 65 - KRATZER G.L. et DILCHER R.M.
Aneurysm of commun Iliac Artery revealed by
proctoscopic Examination
... Am. J. Dig. Dis. 17 - 210-211 - 1950

66 - KRUKENBERG E.

Beitrage Zur Frage des Aneurysma dissecans
... Beitr. Path. Anat. 67 - 329 - 1920

67 - KURREIN F.

Dissecting Aneurysm of the coronary artery
... Med. Sci. Law. 5 - 109-111 - 1965

68 - LAI M.D. - HOFFMAN H.B. et ADAMKIEWICZ J.J.

Anevrysme dissequant de l'Artère carotide
Interne après traumatisme non penetrant du cou.
Une observation.
... Acta - Radiol. 5 - 290-295 - 1966

69 - LAMBERT-LECLERC G. - LOMBARD R. - VAN DE BERG L. - VAN de BERG A.
DREZE Ch.

Stenose de l'artère hépatique commune par hyper-
plasie fibro-musculaire.
... Acta gastro-ent. Belg. 32 - 457-472 - 1969

70 - LEGER R.

Des Anevrysmes dissequants des artères viscérales
et peripheriques
... Thèse Paris - 1942 - n° 148

71 - LEITHOFF H.

Das Aneurysma dissecans der herzkranzgefäße als
Ursache des Plötzlichen Todes.
... Beitr. z. gerichtl. Med. 21 - 208-220 - 1961

72 - LEVY H.

Partial rupture of pulmonary Artery with lésions
of medianecrosis in a case of Mitral stenosis
... Amer. Heart J. 62 - 31 - 1961

73 - LIEBOW IM - CLINE T. - POST R.S. and PERSKY L.

Isolated Bilateral simultaneous dissection
of the renal Arteries
... Amer. J. Med. 21 - 151-156 - 1956

74 - LITRICIN T. et GLICIC V.

Anevrysme dissequant de l'artère femorale
superficielle.
... Srpski arh. Celok. Lek 89 - 495-499 - 1961

75 - LONG M.C.

Aneurysms of the Iliac Arteries.
... J. Geron. 3 - 105-110 - 1948

76 - LOVITT W.V. and CORZINE W.J.

Dissecting Intramural Hemorrhage of anterior des-
cending Branch of left coronary Artery
... Arch. Path. 54 - 458-463 - 1952

77 - Mc CORMACK L.J.

Vascular changes in hypertension
... M. Clin. North America 45 - 247 - 1961

- 78 - Mc CORMACK L.J. - HAZARD J.B. - POUTASSE E.F.
Obstructive lesions of the renal artery associated with remediable hypertension (Abstract)
... Am. J. Path. 34 - 582 - 1958
- 79 - MAIR W.G.
Proceedings of the first international congress of neuropathology - Rome 2) 242
- 80 - MAJKA M. et BONDY D.C.
Dissecting Aneurysm of the splenic Artery
... Med. Serv. J. Canada 15 - 509-512 - 1959
- 81 - MANDEL W. - EVANS E.W. and WALFORD R.L.
Dissecting Aortic Aneurysm during Pregnancy
... New Engl. J. Med. 251 - 1059 - 1954
- 82 - MANDELBAUM I and SHUMACKER H.B.
... Arch. Surg. 85 - 889 - 1962
- 83 - Mc KEOWN F.
Dissecting Aneurysm of coronary artery in Arachnodactyly
... Brit. Heart. J. 22 - 434-436 - 1960
- 84 - MOULONGUET A. - CORMIER J. et PLAINFOSSE MC
Un cas d'Hypertension Arterielle avec lésions des Artères Rénales et d'autres collatérales de l'Aorte abdominale - dissection sous adventitielle
... J. Urol Nephrol. 75 - 227-230 - 1969

- 85 - MOVITZ D.

Dissecting Aneurysm of the femoral and popliteal Artery.

... Surgery 45 - 834 - 1959

- 86 - NALBANDIAN R.M. and CHASON J.L.

Intramural (Intramedial) dissecting Hematomas in normal or otherwise unremarkable coronary Arteries

... Am. J. Clin. Path. 43 - 348-356 - 1965

- 87 - NEDWICH A. - HAFT H. - TELLEM M. et KAUFMAN L.

Anevrysmes dissequant des artères cérébrales
Revue de la littérature et rapport d'un cas.

... Arch. of Neurol. 9 - 477-484 - 1963

- 88 - NEUMAN H.W. and SAHIN A.F.

Unilateral dissecting aneurysm of the renal Artery

... Canad. J. Surg. 8 - 291-295 - 1965

- 89 - NORMAN R.M. and URICH H.

Dissecting Aneurysm of the Middle cerebral Artery
as a cause of acute Infantile Hemiplegia.

... J. Path. Bact. 73 - 580-582 - 1957

- 90 - NORTHCROFT G.B. and MORGAN A.D.

A fatal case of Thrombosis of the internal carotid Artery.

... Brit. J. Surg. 32 - 105-107 - 1944

- 91 - ODIKONOVA V.A.

Dissecting Aneurysm of the Pulmonary Artery
... Arkh. pat. Moskva 18 - 87-89 - 1956

- 92 - ORCEL L.

Anevrysmes dissequants de l'Aorte.
... Arch. Ana. Path. 6 - 273-291 - 1958

- 93 - OUCHI H.

Dissecting Aneurysm of the extra cranial
portion of the vertebral artery
... Vasc. Dis. 2 - 580-582 - 1965

- 94 - PATCHESKY A.S. and PAPLANUS S.H.

Fibromuscular Hyperplasia and Dissecting Aneurysm
of the hepatic artery
... Arch. Path 83 - 141-144 - 1967

- 95 - POPPEN J.L.

Symposium - Intracranial vascular Abnormalities -
Spécific treatment of intracranial aneurysms -
Experiences with 143 surgically treated Patients.
... J. Neuro Surg. 8 - 75-102 - 1951

- 96 - POUTASSE E.F.

Renal Artery disease and Hypertension
... Postgrad. Med. 33 - 488 - 1963

- 97 - PRETTY H.C.
Dissecting Aneurysm of coronary artery in Woman
aged 42 - Rupture
... Brit. Med. J. 1 - 667 - 1931
- 98 - RALSTON L.S. - WASDAHL W.A.
Isolated Dissecting Aneurysms
... Arch. Int. Med. 105 - 935-938 - 1960
- 99 - RAMSEY T.L. and MOSQUERA V.T.
Dissecting Aneurysm of the middle cerebral
Artery
... Ohio State Med. J. 44 - 168-170 - 1948
- 100 - RAVINES H.T.
Dissecting hematomas of intra Pulmonary arteries
in a case of Pulmonary Hypertension with patent
Ductus arteriosus.
... J. Thor. Cardio. Surg. 39 - 760-766 - 1960
- 101 - ROBERT F. - MALTAIS R. et CARTIER-GIROUX J.
Aneurysme dissequant de l'artère cerebrale
moyenne.
... J. Neuro surg. 21 - 413-415 - 1964
- 102 - ROBIN B.
Pathologie de l'artère Hépatique
... J. Chir. 93 - 597-630 - 1967

- 103 - ROSENBLUM W.I.

Isolated dissecting Aneurysm of the renal
Artery

... J. Urol. 95 - 135-138 - 1966

- 104 - SCHMID H.J/

Beitrag zur Kenntnis des Aneurysma dissecans der
Koronarterien

... Schweiz Med. Wchuschr. 80 - 1170-1172 - 1951

- 105 - SCHOLEFIELD B.G.

A case of Aneurysm of the basilar Artery

... Guy's Hosp. Rep. 74 - 485-487 - 1924

- 106 - SCHORNAGEL H.E.

Dissecting Aneurysm of Coronary Artery

... J. Path. Bact. 75 - 464 - 467 - 1958

- 107 - SCOTT G.E. - NEUBUERGER K.T. and DENST J.

Dissecting Aneurysms of intracranial arteries

... Neurology 10 - 22-27 - 1960

- 108 - SHENNAN T.

Dissecting aneurysms - Medical research council
Special report series n° 193 London - 1934

- 109 - SHUMWAY N.E. and PEYTON W.T.

Two cases of perforated intra abdominal aneurysm
complicated by neurological findings.

... Surgery 30 - 1012-1015 - 1951

110 - SIBLEY

Trans. Path. Soc. Lond. p. 74 - 1864

111 - SINCLAIR W.

Dissecting Aneurysm of the middle cerebral Artery
Associated with migraine syndrome.

... Am. J. Path 29 - 1083-1091 - 1953

112 - SIROIS J. - LAPOINTE H. and COTE P.E.

Unusual local complication of percutaneous cerebral angiography

... J. Neuro surg. 11 - 112-116 - 1954

113 - SOUTAR S.F. and PRAIN J.H.

Aneurysme dissequant de l'artère splénique

... Cité par GILLEPSIE J.A. et GUTHRIE W. - 1951

114 - SPUDIS E.V. - SCHARYJ M. - ALEXANDER E. et MARTIN J.F.

Aneurysmes dissequants de la tête et du cou.

... Neurology 12 - 867 - 875 - 1962

115 - STERN K.

Ueber kreislaufstörungen im gehirn bei wandeinrisse
in extracerebralen arterien.

... Ztsch. f. d. ges. Neurol u. Psychiat. 148-55
1933.

116 - SZABO J.

Aneurysme dissequant de l'artère vertébrale droite
(portion intracrânienne)

... Budapesti orvosi ujsag 37 - 201-203 - 1939

117 - TUQUAN N.A.

Primary dissecting Aneurysm of the renal artery
... J. Path. Bact. 89 - 369-370 - 1965

118 - TURNBULL H.M.

Alterations in arterial structure and their relation to syphilis
... Quart. J. Med. 8 - 201 - 1915

119 - TURNER J.W.

... Trans. Edinb. Med. Chir. Soc. 3 - 105 - 1829

120 - UEHLINGER E.

Das spontane intramurale hämatome und Aneurysma dissecans der normale koronararterie.
... Schweiz. Med. Wchuschr. 77 - 608-611 - 1947

121 - de VEER J.A. and BROWDER J.

Post traumatic Thrombosis and Infarction -
Report of a case and discussion of its bearing on
the problem of immediate and delayed post traumatic apoplexy.
... J. Neuro path. and exp. Neurol. 1 - 24-31 - 194

122 - VERREY

Un cas d'anevrysmes dissequants multiples des artères principales de l'abdomen.
... Thèse Lausanne - 1911

123 - VINCENZO G.

de Alterazioni e gli aneurismi dell' arteria pulmonare - Casuistica propria. Un caso singolare de aneurismo dissecante del Tranco unico di tale arteria apertosi nel pericardio.

... Il Policlinico - Sec. Med. 11 - 24 - 1904

124 - WAIBEL P.E.

Influence of beta amino propionitrile 'on dissecting aneurysm and on plasma amino acids in the Turkey

... Metabolism 13 - 473-479 - 1964

125 - WAINWRIGHT C.W.

Dissection aneurysm producing coronary occlusion by dissection of the coronary artery.

... Bull. Johns hopkins Hosp. 75 - 81-94 - 1944

126 - WALB D. - REDONDO-MARCO J.A. and BENEKE G.

Aneurysma dissecans intrakranieller arterien.

... Med. Welt. 16 - 1043-1044 - 1967

127 - WALKER A.J. and WIRTSCHAFTER Z.T.

L'histopathogenesis of aortic aneurysmes in the lathyrus fed rats.

... Arch. Path. 61 - 125 - 1956

128 - WALSHE W.H.

A pratical treatise on the diseases of the heart and great vessels.

... 3ème ed. London. p. 531 - 1861

- 129 - WARTMAN W.B.

Occlusion of the coronary arteries by hemorrhage
into their walls.

... Am. Heart. J. 15 - 459 - 1938

- 130 - WATSON A.J.

Dissecting aneurysms of arteries other than the
aorta

... J. Path. Bact. 72 - 439-449 - 1956

- 131 - WELLS A.L.

Dissecting aneurysm of coronary artery in
puerperium

... J. Path. Bact. 79 - 404-405 - 1960

- 132 - WEGELIN C.

Über aneurysmata dissecantia bei puerperaler
eklampsie

... Berl. Klin. Wschr 46 - 2094 - 1909

- 133 - WOLMAN L.

Les anévrysmes disséquants cérébraux

... Brain 82 - 276-291 - 1959

- 134 - ZAHOR Z. and MACHOVA M.

Dissecting aneurysm of the large arteries of
chick embryos due to (sweet pea) Lathyrism

... Nature Londres 192 - 532-533 - 1961

